

**INSATISFAÇÃO COM A AUTOIMAGEM CORPORAL E
TRANSTORNOS DEPRESSIVO E BIPOLAR EM
ADOLESCENTES**

**SÃO LUÍS, MA
FEVEREIRO – 2019**

LEUDIMAR CARVALHO SOARES FILHO

**INSATISFAÇÃO COM A AUTOIMAGEM CORPORAL E TRANSTORNOS
DEPRESSIVO E BIPOLAR EM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão - UFMA como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela
Fernandes Lucena Batista

SÃO LUÍS, MA
FEVEREIRO - 2019

Carvalho Soares Filho, Leudimar.

Insatisfação com a autoimagem corporal e transtornos depressivo e bipolar em adolescentes / Leudimar Carvalho Soares Filho. - 2019.

112 p.

Orientador(a): Rosângela Fernandes Lucena Batista.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Adolescência. 2. Imagem Corporal. 3. Transtornos de Humor. 4. Transtornos Mentais. I. Fernandes Lucena Batista, Rosângela. II. Título.

**INSATISFAÇÃO COM A AUTOIMAGEM CORPORAL E TRANSTORNOS
DEPRESSIVO E BIPOLAR EM ADOLESCENTES**

LEUDIMAR CARVALHO SOARES FILHO

Dissertação aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca
examinadora constituída pelos seguintes membros:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Profa. Dra. Flor de Maria Araújo Mendonça Silva
Examinadora Externa
Universidade CEUMA

Profa. Dra. Cecília Claudia Costa Ribeiro
Examinadora Interna
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Profa. Dra. Vanda Maria Ferreira Simões
Suplente
Universidade Federal do Maranhão

À minha mãe e meu pai.

AGRADECIMENTOS

Hoje não tenho palavras para descrever o sentimento de gratidão que sinto, pois vejo que o sonho que tanto busquei está se concretizando, e com isso lá se vai mais um ciclo que passa em minha vida.

E é claro que, se hoje estou vivendo esse momento é porque Deus, em primeiro lugar, possibilitou isso tudo, e me fez ter força e coragem para enfrentar esse grande desafio. Obrigado Senhor Deus pelo dom da vida, da sabedoria e por me guiar em meus passos.

Agradeço à minha família, em especial à minha mãe Jacimar Soares e meu pai Leudimar Soares, pela paciência que sempre tiveram comigo, pelo amor que sempre depositaram em mim e por acreditarem nos meus sonhos.

À minha tia e madrinha Jacirema Moreira, pela sua humildade e pela certeza de que ela sempre poderá contar comigo no que precisar. Posso dizer que, sem ela talvez eu não tivesse chegado até aqui.

Meu agradecimento e minha homenagem à minha orientadora e professora Rosângela Batista, pelo apoio, confiança e ensinamentos. Professora obrigado por me permitir ser o seu orientando, e pela amizade que cultivamos, pelos momentos de alegria e risos e pelas horas mais “sérias” na sala de aula e nas nossas reuniões de todas as quartas a tarde.

Meu agradecimento ao meu companheiro de quase todos os momentos Nestor Fonseca, que traz muito amor, alegria e cores para a minha vida, e que desde o início me ajudou a “rabiscar” as primeiras ideias para construção deste trabalho.

Às minhas amigas e parceiras de trabalho e sala de aula, Dâmaris Alves e Nádia Matias, pela força que sempre compartilhamos um com outro, pelos momentos de superação, dúvidas e de descontração.

A todos os meus amigos de turma, só tenho a agradecer pela cumplicidade e união que tivemos ao longo desse tempo. Em especial à Sâmia Jamile, que tanto me ajudou para a construção deste trabalho, pela sua simplicidade, alegria e pela sua força.

Agradeço à Secretaria de Estado da Saúde, em especial à Dra. Marielza Sousa e a Profa. Dra. Sueli Ismael, pela compreensão e apoio que me deram para iniciar e seguir no Mestrado.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, olha...vocês são mesmo incríveis! Além de serem profissionais tão competentes e dedicados, obrigado pelos ensinamentos, reflexões, e por nos fazer enxergar a vida com outros olhares.

Agradeço à minha amiga Luciana Cavalcante pela paciência e colaboração com as variáveis deste trabalho.

À Universidade Federal do Maranhão e a todo o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, com destaque à secretaria pela assistência que presta aos alunos, e a todos os outros funcionários que contribuem para a credibilidade do Programa.

Ao Projeto de Pesquisa Consórcio RPS e a todos os profissionais envolvidos.

Agradeço também àqueles que, embora não citados, direta ou indiretamente me ajudaram em algum momento para concretização deste sonho.

Só tenho a dizer a todos o meu muito obrigado!

*“A ‘beleza’ machuca
Evidenciamos o que temos de pior
A perfeição é a doença da nação
A ‘beleza’ machuca
Evidenciamos o que temos de pior
Tente reparar algo
Mas você não pode reparar o que não consegue ver
É a alma que precisa de cirurgia. ”*
*(Tradução de trecho da música Pretty Hurts
escrita por Sia e interpretada por Beyoncé)*

LISTA DE SIGLAS

APA – American Psychiatric Association
AUDIT - Alcohol Use Disorder Identification Test
CEB – Classificação Econômica Brasileira
CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças
DAG – Grafo Acíclico Direcionado
DSM IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV
DSM V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V
IAC – Insatisfação com a Autoimagem Corporal
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Imagem Corporal
IMC – Índice de Massa Corporal
M.I.N.I. – Mini International Neuropsychiatric Interview
OMS – Organização Mundial da Saúde
RPS – Ribeirão Preto e São Luís
SAC – Satisfação com a Autoimagem Corporal
SAPAC - Self-Administered Physical Activity Checklist
TB – Transtornos Bipolares
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD – Transtornos Depressivos
TDB – Transtornos Depressivo ou Bipolar
TM – Transtornos Mentais
TMC – Transtornos Mentais Comuns
UFMA – Universidade Federal do Maranhão
UFPEL – Universidade Federal de Pelotas
WHO – World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma das três fases do estudo da coorte de nascimento.....	29
Figura 2 - Grafo Acíclico Direcionado ilustrando a associação entre variáveis com a exposição insatisfação com a autoimagem corporal e o desfecho presença de transtornos depressivo ou bipolar nos adolescentes.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características da imagem corporal e dos transtornos depressivo e bipolar nos adolescentes.....	51
Tabela 2 - Característica demográficas, socioeconômicas, estilo de vida, estado nutricional e eventos estressores dos adolescentes	52
Tabela 3 - Balanceamento das variáveis por ponderação com score de propensão na amostra. Diferenças padronizadas e razões de variância. Valores brutos e ponderados.....	53
Tabela 4 - Efeito da insatisfação com a autoimagem corporal sobre os transtornos depressivo e bipolar nos adolescentes do estudo, através da ponderação pelo inverso da probabilidade de seleção	54

SOARES FILHO, Leudimar Carvalho, **Insatisfação com a autoimagem corporal e transtornos depressivo e bipolar em adolescentes**, São Luís-MA, 2019, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, 113 p.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A insatisfação com a autoimagem corporal (IAC) é o componente afetivo da imagem corporal (IC), caracterizada como uma avaliação negativa da própria aparência. A IAC pode impactar na adolescência, que não recebendo os devidos cuidados, tende a persistir, gerando sofrimento e resultar em transtornos mentais (TM). **OBJETIVO:** verificar a existência de associação entre a Insatisfação com a Autoimagem Corporal (IAC) e Transtornos Depressivo (TD) e Bipolar (TB) em adolescentes de uma coorte de nascimento. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal que incluiu 2.163 adolescentes de 18 a 19 anos. Foram estudadas características socioeconômicas, demográficas, do estilo de vida, eventos estressores, estado nutricional, imagem corporal (IC), através da escala de silhuetas de Stunkard, e investigou-se a existência de Transtornos depressivo ou bipolar (TDB), através da entrevista diagnóstica M.I.N.I. Foi calculado o teste qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas. Um Gráfico Acíclico Direcionado (DAG) foi construído para identificação de variáveis confundidoras, e a análise estatística por inferência causal através da ponderação pelo inverso da probabilidade de seleção. O balanceamento das variáveis foi considerado quando as diferenças padronizadas absolutas das variáveis preditoras eram $<0,25$ e as razões de variância estavam entre 0,80 e 1,20. Foram consideradas significantes as variáveis com p -valor $<0,05$. Os dados foram analisados no programa estatístico Stata. **RESULTADOS:** A prevalência de TDB nos adolescentes com IAC foi maior (22,06%) em relação aos adolescentes satisfeitos com a sua autoimagem corporal (SAC) (16,67%) ($p < 0,05$). Assim como, a prevalência de desnutrição (17,41%) e excesso de peso (22,33%) ($p < 0,05$), e de sedentarismo (45,94%) ($p < 0,05$) foram maiores nos adolescentes com IAC em comparação aos adolescentes com SAC. Não foi encontrada associação entre a IAC e os TDB nos adolescentes: TDB (IC:95%, -0,309; 0,080, $p = 0,384$); TD (IC:95%, -0,060; 0,045, $p = 0,782$); TB (IC:95%, -0,032; 0,058, $p = 0,578$). **CONCLUSÃO:** A IAC não exerceu efeito sobre os TDB nos adolescentes deste estudo. **Palavras-chave:** Transtornos Mentais, Transtornos de humor, Imagem Corporal, Adolescência.

SOARES FILHO, Leudimar Carvalho, **Dissatisfaction with body self-image and depressive and bipolar disorders in adolescents**, São Luís-MA, 2019, Dissertation (Master in Public Health) – Public Health Post Graduation Program, Federal University of Maranhão, 113 p.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Dissatisfaction with body self-image (DBI) is the affective component of body image (BI), characterized as a negative evaluation of one's own appearance. DBI can affect adolescents, who do not receive proper care, tend to persist, causing distress and resulting in mental disorders (MD). **OBJECTIVE:** Verify the existence of an association between Dissatisfaction with Body Self-image (DBI), Depressive (DD) and Bipolar (BD) Disorders in adolescents from a birth cohort. **METHODS:** This was a cross-sectional study involving 2,163 adolescents aged 18 to 19 years. We used Stunkard scale to study socioeconomic, demographic, lifestyle, stressor events, nutritional status and body image (BI). Besides, we investigated the existence of depressive or bipolar disorders (DBD), through the M.I.N.I. diagnostic interview. For the categorical variables, we calculated Pearson's chi-square test. To identify confounding variables we constructed a Directed Acyclic Graph (DAG) and performed a statistical analysis by causal inference through the inverse weighting of the selection probability. We considered the balance of variables when the absolute standard differences of the predictor variables were <0.25 and the variance ratios were between 0.80 and 1.20. Variables with p-value <0.05 were considered significant. We analyzed all data in Stata. **RESULTS:** The prevalence of DBD in adolescents with DBI was higher (22.06%) than adolescents satisfied with their body image (SBI) (16.67%) ($p <0.05$). Likewise, the prevalence of malnutrition (17.41%) and overweight (22.33%) ($p <0.05$), and sedentary lifestyle (45.94%) ($p <0.05$) were higher in the adolescents with DBI compared to SBI adolescents. There was no association between DBI and DBD in adolescents: DBD (CI: 95%, -0.309; 0.080, $p = 0.384$); DD (CI: 95%, -0.060, 0.045, $p = 0.782$); BD (CI: 95%, -0.032; 0.058, $p = 0.578$). **CONCLUSION:** Therefore, DBI had no effect on DBD in the adolescents of this study.

Keywords: Mental Disorders, Mood Disorders, Body Image, Adolescence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	16
3 HIPÓTESE	17
4 OBJETO DO ESTUDO	17
5 OBJETIVO GERAL	17
6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
7 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
7.1 Imagem corporal	18
7.1.1 Conceito de imagem corporal	18
7.2 Insatisfação com a autoimagem corporal	19
7.2.1 Conceito de Insatisfação com a autoimagem corporal	19
7.3 Insatisfação com a autoimagem corporal na adolescência	20
7.4 Os transtornos de humor	21
7.4.1 Conceito de transtornos de humor	21
7.4.2 Transtorno depressivo	22
7.4.3 Transtorno bipolar	24
7.5 A insatisfação com a autoimagem corporal e os transtornos depressivo e bipolar na adolescência	25
8 ASPECTOS METODOLÓGICOS	27
8.1 Delineamento do estudo	27
8.2 População e amostra em estudo	28
8.2.1 Critérios de inclusão	29
8.2.2 Critérios de não inclusão	30
8.3 Procedimento de coleta de dados	30
8.4 Variável dependente	33
8.5 Variáveis independentes	33
8.6 Construção do Grafo Acíclico Direcionado (DAG)	34
8.7 Análise estatística	35
8.8 Aspectos éticos	36
9 ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO	36
10 RESULTADOS	38

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	56
ANEXOS	65
ANEXO A – ESTAÇÕES SEQUENCIAIS PARA A COLETA DE DADOS DA PESQUISA	66
ANEXO B – QUESTIONÁRIO GERAL 1	67
ANEXO C – QUESTIONÁRIO GERAL 2	75
ANEXO D – QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL	85
ANEXO E - M.I.N.I (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW - BRAZILIAN VERSION 5.0.0 - DSM IV)	87
ANEXO F – ESCALA DE SILHUETAS DE STUNKARD <i>et al.</i> (1983)	94
ANEXO G - ALCOHOL USE DISORDER IDENTIFICATION TEST (AUDIT)	95
ANEXO H – FORMULÁRIO BODPOD	96
ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	98
ANEXO J – PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 1.302.489 DE 29 DE OUTUBRO DE 2015	102
ANEXO K – TERMO DE ACEITAÇÃO DE APOIO FINANCEIRO	103
ANEXO L – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS PARA A REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA	104

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período caracterizado por mudanças biológicas, físicas e sociais (CAMPAGNA; SOUZA, 2006). Estas mudanças podem influenciar a percepção da imagem corporal (IC) e os comportamentos relacionados à saúde mental (MALTA *et al.*, 2014), por ser uma fase em que predomina a preocupação com a autoimagem e como essa imagem é percebida pelos outros (HOLMQVIST, FRISÉN, 2012).

Estima-se que 60% da população mundial de crianças e adolescentes esteja afetada pela insatisfação com o próprio corpo (PETROSKI; PELEGRINI; GLANER, 2012). Esta alta prevalência é mostrada em estudos realizados em diversos países como Estados Unidos, Irã e Portugal (BUCCHIANERI *et al.*, 2013; HATAMI *et al.*, 2015; MARQUES *et al.*, 2016), assim como também no Brasil (MARQUES; LEGAL; HÖFELMANN, 2012, FERRARI *et al.*, 2014).

Na atualidade, o aumento da insatisfação com a autoimagem corporal (IAC) pode ser o resultado de doenças como o excesso de peso, perturbações no comportamento alimentar e as mudanças dos hábitos e estilo de vida (CORTÊS *et al.*, 2013), assim como a influência da mídia, representada pelas propagandas e revistas, e das redes sociais, principalmente o *facebook* e *instagram* (SILVA *et al.*, 2018). A mídia e as redes sociais propagam um padrão de corpo “perfeito”, considerado como objeto inatingível por corresponder a um padrão de beleza descrito como irreal e artificial (SILVA *et al.*, 2014). Isto pode comprometer psicologicamente o adolescente (ROBERT-MC COMB, 2008), por envolver uma avaliação subjetiva e negativa do corpo físico (STICE; SHAW, 2002).

Sentimentos de discriminação, solidão, tristeza, dificuldade para dormir, ideação e planejamento suicida podem apresentar forte associação com a IAC em adolescentes (LANGONI *et al.*, 2012) assim como, sintomas depressivos e de ansiedade (SAUR *et al.*, 2008). De acordo com Zhao *et al.*, (2010) a IAC pode ser um fator de risco para transtornos mentais (TM), havendo a necessidade de se investigar a relação desta com outros tipos de TM, além dos transtornos alimentares (TA), como a anorexia e bulimia nervosa, uma vez que a relação destes com a IAC é amplamente descrita na literatura em diversos estudos (JOHNSON, WARDLE, 2005; BAAD *et al.*, 2016; GRALHA *et al.*, 2016; MITCHISON *et al.*, 2017; PELLIZER *et al.*, 2018).

Dentre tais TM encontram-se os transtornos de humor (TH), definidos como perturbações do humor como característica predominante, ou seja, manifestações afetivas consideradas inadequadas em termo de intensidade, frequência e duração. Tais manifestações resultaram na classificação existente dos TH. Segundo os critérios da quarta edição do

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), os TH são classificados em transtornos depressivos (TD), transtornos bipolares (TB) e transtornos por condições médicas gerais e transtornos de humor induzidos por substâncias (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1994).

Ferreiro *et al.*, (2014) reforçam a necessidade da realização de estudos que investiguem o papel da IAC como um fator de risco para o desenvolvimento de TD, tanto em meninos quanto em meninas. Assim como também para os TB, uma vez que o diagnóstico destes está se tornando cada vez maior em adolescentes (VAN METER; MOREIRA, YOUNGSTRM, 2011), principalmente naqueles com excesso de peso (GRAUP *et al.*, 2008), grupo que apresenta alta prevalência de IAC (CONTI, CONTI, 2008; SANTINI, KIRSTEN, 2012).

Adolescentes que se percebem acima do peso, subjetivamente, podem apresentar um funcionamento psicológico negativo, ao invés daqueles que se veem com baixo peso (CHOI, CHOI, 2016). Duchesne *et al.*, (2016) evidenciaram que uma percepção negativa da IC de uma pessoa reduz a auto-estima, o que aumenta o sofrimento psicológico. Ao mesmo tempo, valores aumentados do Índice de Massa Corporal (IMC), acima de 25 kg/m² (sobrepeso) estão relacionados a sintomas depressivos em adolescentes (LANGONI *et al.*, 2012; LEGEY, LAMEGO; LATTARI, 2016).

Byeon H. (2015), ressalta a importância de ações educativas e de aconselhamento para encorajar os adolescentes a desenvolverem percepções precisas de seus corpos e protegerem a sua saúde mental. Assim como, o esclarecimento de educadores, profissionais de saúde e familiares sobre a importância do reforço na autoestima dos jovens, para uma maior satisfação com a imagem corporal (SAC) e melhor qualidade de vida (LANGONI *et al.*, 2012).

Diante disso, sabendo-se que determinadas características psicológicas pré-existent associadas a IAC podem ser possíveis fatores de risco para TM, e havendo a necessidade de realização de estudos sobre essa associação, torna-se importante verificar o efeito da IAC no desenvolvimento dos TH, com destaque aos TD e TB em adolescentes. Uma vez que, a IAC é um problema de saúde pública crescente e uma possível ameaça à saúde mental na adolescência (GRIFFITHS, HAY, MITCHISON, 2016).

2 JUSTIFICATIVA

A IAC é considerada como um possível fator de risco para TM, como os TA, amplamente descritos na literatura científica. No entanto, a IAC pode estar relacionada ao surgimento de outros TM, como os TH (ZHAO; LYNCH; CHEN, 2010), a saber TD e TB, até então pouco investigados. Pesquisas apontam para uma associação de risco da IAC com sintomas de depressão na adolescência (ANSARI *et al.*, 2014; BLASHILL; WILHELM, 2014; FERREIRO, 2014; FLORES-CORNEJO, 2017), assim como, uma associação da IAC em pacientes portadores de TB (PISK *et al.*, 2017).

A prevalência de IAC é maior que 50% nos adolescentes, fato registrado em diversos trabalhos nacionais e internacionais (MARQUES; LEGAL; HÖFELMANN, 2012; PELEGRINI *et al.*, 2014; DUCHESNE *et al.*, 2016). Segundo a American Psychiatric Association (APA) (2014), os TD afetam em grande proporção jovens com idade de 18 a 29 anos. Além disso, esta fase é também vulnerável ao desenvolvimento dos TB, pois, os primeiros sintomas destes surgem antes dos 20 anos de idade, conforme relatos de pacientes acometidos (MORAES; GON; ZAZULA, 2016).

A IAC é elevada na adolescência, porém, não recebendo os devidos cuidados, tais manifestações tendem a persistir, gerando sofrimento e podendo se caracterizar como TM (APA, 1994), devido ao fato da IAC poder estar associada a sintomas de depressão e a pensamentos e planejamentos suicidas (COOK, MACPHERSON, LANGILLE, 2007). Dessa forma, a investigação da IAC como um fator de risco para os TD e TB, é importante, pois na adolescência há o predomínio da preocupação com o corpo, o que compromete a percepção que os jovens têm em relação a sua IC (HOLMQVIST, FRISÉN, 2012).

Com isso, a relação entre IAC e psicopatologias mentais, como os TD e TB, necessita ser mais explorada para a construção de programas de prevenção e intervenção a fim de evitar o agravamento de distúrbios associados com a IC e comportamentos de risco associados à saúde, contribuindo para a saúde mental dos adolescentes (MARQUES, LEGAL, HÖFELMANN, 2012; SILVA, TAQUETTE, COUTINHO 2014).

3 HIPÓTESE

A insatisfação com a autoimagem corporal causa transtornos depressivo e bipolar na adolescência.

4 OBJETO DE ESTUDO

Insatisfação com a autoimagem corporal e presença de transtornos depressivo e bipolar

5 OBJETIVO GERAL

Verificar a existência de associação entre a insatisfação com a autoimagem corporal e os transtornos depressivo e bipolar em adolescentes.

6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a frequência de satisfação e insatisfação com a autoimagem corporal nos adolescentes;
- Verificar a frequência de transtornos depressivo e bipolar nos adolescentes;
- Verificar associação da IAC com as variáveis demográficas, socioeconômicas, estilo de vida, eventos estressores e estado nutricional;

7 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

7.1 Imagem corporal

7.1.1 Conceito de imagem corporal

A IC é a representação mental do corpo existencial (BANFIELD; MCCABE, 2002). Trata-se de uma construção multidimensional que descreve as representações internas da estrutura corporal e da aparência física, em relação à nós mesmos e aos outros (STICE, NEMEROFF, SHAW, 1996; CASH, PRUSINKY, 2002; TAVARES, 2003). Essa imagem remete ao sentido das imagens que circulam na sociedade e se constroem a partir de diversos relacionamentos que ali se estabelecem (TAVARES, 2003).

A utilização do termo IC seria uma maneira de padronizar os diferentes componentes que a integram. Dentre eles, tem-se: satisfação corporal, satisfação com o peso, acurácia da percepção do tamanho do corpo, avaliação da aparência, orientação da aparência, estima corporal, corpo ideal, padrão de corpo, esquema corporal, percepção corporal, distorção corporal e desordem da imagem corporal, dentre outras (THOMPSON, COOVERT, STORMER, 1999; AVALOS, TYLKA, WOOD-BARCALOW, 2005).

A IC envolve duas dimensões: a perceptiva e a atitudinal. A primeira refere-se à acurácia no julgamento do tamanho do corpo. A segunda pode ser subdividida em três componentes: cognitivo, comportamental e afetivo (FERREIRA, CASTRO, MORGADO, 2014).

1. Componente cognitivo: crenças e pensamentos relacionados ao próprio corpo, como investimentos no corpo a fim de melhorar a aparência física como principal critério de auto avaliação.
2. Componente comportamental: comportamentos relacionados ao corpo, destacando-se a evitação e checagem corporal, por servirem como parâmetros de avaliação do indivíduo no julgamento de seu sucesso ou falha no controle de peso (SHAFRAN *et al.*, 2004).
3. Componente afetivo: sentimentos em relação ao corpo, envolvendo a IAC, compreendida como uma avaliação negativa do corpo (FERREIRA, CASTRO, MORGADO, 2014).

O processo de formação da IC é influenciado pelo sexo, a idade, os meios de comunicação, bem como pela relação do corpo com os processos cognitivos como crenças, valores e atitudes inseridos em uma cultura (RICCIARDELLI, MCCABE, BANFIELD, 2000). Este processo de formação apresenta grande relevância para a saúde pública (CASH,

PRUSINSKY, 2002), principalmente na adolescência quando a IAC é prevalente (HALLIWELL, DITTMAR, 2003).

Uma vez inserido num determinado contexto social e cultural, cada indivíduo faz uma avaliação acerca do seu próprio corpo, comparando-o com os ideais de beleza da cultura onde vive, sendo esses os padrões que influenciam a IC e, conseqüentemente, a satisfação com a mesma (DUMITH *et al.*, 2012).

7.2 Insatisfação com a autoimagem corporal

7.2.1 Conceito de insatisfação com a autoimagem corporal

A satisfação com a autoimagem corporal (SAC) é definida como o grau em que o sujeito está satisfeito com a sua aparência física, especialmente com o peso e as formas do corpo (HOLSEN, JONES, BIRKELAND, 2012). A SAC e a auto percepção são fatores importantes na aceitação das pessoas e podem gerar atitudes que influenciam no seu convívio social (MCCABE, RICCIARDELLI, BANFIELD, 2004).

A SAC representa o componente afetivo da IC que permite o adequado desempenho emocional e social do indivíduo na sociedade. Da mesma forma, a IAC também está compreendida em tal componente, sendo definida como a avaliação negativa do próprio corpo (FERREIRA, CASTRO, MORGADO, 2014).

A IAC é definida como uma avaliação negativa acerca da própria aparência, caracterizada por um sentimento de desconforto (JUNG, PETERSON, 2007). Para Garner (2002), a IAC é um conjunto de crenças disfuncionais e de sentimentos negativos relativos ao peso e à forma corporal, causada pela discrepância entre o corpo real e o corpo idealizado.

Segundo Del Ciampo e Del Ciampo (2010), a IAC acarreta sentimentos e pensamentos negativos quanto à aparência, influenciando o bem-estar emocional e a qualidade de vida. Com isso, é identificada como um possível fator de risco no desenvolvimento de psicopatologias mentais (PAXTON *et al.*, 2006).

Em consonância, as influências socioculturais, tais como a exposição às figuras idealizadas pela mídia, dieta de familiares, valorização da magreza e ofensas pessoais devido ao sobrepeso são, por sua vez, reconhecidos como fatores de risco para a IAC (AVALOS, TYLKA, 2006).

7.3 Insatisfação com a autoimagem corporal na adolescência

A Organização Mundial da Saúde (2005) define a adolescência como um período de transição entre a infância e a idade adulta, englobando a faixa etária de 10 aos 19 anos. Caracteriza-se por uma fase acompanhada de mudanças biológicas, físicas e sociais (CAMPAGNA, SOUZA, 2006).

A maneira como o adolescente percebe o seu corpo é condição fundamental na formação de sua identidade (DEL CIAMPO, DEL CIAMPO, 2010). Para Conti e Conti (2008), a adolescência é a fase do desenvolvimento humano mais significativa para a estruturação da IC.

A IAC é uma questão, sobretudo na adolescência, mais presente no sexo feminino. No entanto, a preocupação com o excesso de peso no sexo masculino torna-se cada vez mais prevalente (MARQUES *et al.*, 2016). A literatura científica tem trabalhado mais com a IAC nas meninas, permanecendo substanciais lacunas em relação aos meninos (FERREIRO, SEOANE, SENRA, 2014).

Geralmente as meninas são mais críticas com sua IC do que os meninos. A IAC pode ser observada mais frequentemente nas adolescentes que se percebem com sobrepeso, mesmo que de forma mínima, desejando serem mais magras, relacionando a SAC basicamente com a aparência. Os adolescentes do sexo masculino, quando apresentam baixo peso, querem aumentar o tamanho corporal, principalmente na busca de mais massa muscular; quando mais baixos, mostram desejo de terem maior estatura (MATOS, COSTA, MACHADO, 2014).

Os adolescentes são críticos quanto a sua imagem e a dos outros, quando se trata do sobrepeso ou obesidade, julgando-os como incompatíveis com o modelo de beleza feminino e masculino e considerando algo indesejável no meio (SILVA, TAQUETTE, COUTINHO, 2014). Tal julgamento gera discriminação naqueles que se encontram com excesso de peso, visto que o sobrepeso e a obesidade apresentam forte relação com a IAC na adolescência (CORSEUIL *et al.*, 2009).

No estudo de Silva *et al.*, (2014), ao avaliarem a percepção que adolescentes, de 13 a 18 anos, do ensino fundamental tinham sobre a IC verificaram a presença de atitudes preconceituosas e de discriminação entre os jovens considerados não atraentes ou que possuíam uma forma física não condizente ao padrão imposto, corpo magro para as meninas e musculoso e alto para os meninos. Caso esses adolescentes não se esforçassem para mudar a forma física eram rejeitados e excluídos do convívio com os grupos de amigos. Essas atitudes de discriminação resultam na IAC, o que leva o adolescente a buscar alternativas como academias,

cirurgias plásticas, uso indiscriminado de remédios entre outros métodos que podem ser prejudiciais à saúde, como formas irregulares e não saudáveis de emagrecer ou ganhar músculos.

A mídia apresenta forte influência sobre a IC dos adolescentes, ao propagar um padrão de corpo “perfeito”, considerado objeto inatingível por corresponder a um padrão de beleza descrito como irreal e artificial. Entretanto, provoca grande sofrimento e discriminação naqueles que não se sentem dentro do padrão de beleza estabelecido, o que pode levar a problemas de saúde decorrentes da baixa autoestima (SILVA, TAQUETTE, COUTINHO, 2014). Com isso, para Uchôa *et al.*, (2015), os fatores midiáticos apresentam-se como difusores de um ideal de corpo belo e perfeito, podendo provocar distúrbios psicológicos entre os adolescentes.

Laus *et al.*, (2014), ressaltam que no Brasil, o corpo desempenha um papel fundamental na vida das pessoas para alcançar ascensão social e desenvolver relacionamentos bem-sucedidos. Em consonância, a população brasileira glorifica o corpo, que deve estar em conformidade com os padrões estéticos.

O corpo está associado à ideia de consumo, uma vez que a indústria corporal, utilizando-se de tais meios de comunicação, cria desejos e reforça imagens, invadindo e modificando a maneira de compreender a vida. Quanto mais o corpo manter a aparência da juventude, da beleza e da boa forma, mais alto é seu valor de troca, tornando as pessoas escravas de um ideal narcísico rígido e severo (RODGERS, PAXTON, CHABROL, 2009). Estas atitudes se tornam doentias e tem como característica principal alterações na percepção da IC, preocupações absurdas com imperfeições na aparência, de modo expressivo e desproporcional à realidade, gerando importantes prejuízos no funcionamento pessoal, familiar, social e profissional (AZEVEDO, 2012).

7.4 Os transtornos de humor

7.4.1 Conceito de transtornos de humor

O humor é caracterizado como um “estado de ânimo” ou “tônus afetivo”, que oscila entre os polos da alegria, tristeza e irritabilidade, além da calma e ansiedade, apresentando um caráter difuso e não estar relacionado a um objeto específico, além de ser, em geral, persistente e não reativo (CHENIAUX, 2008). Para Sadock e Sadock (2017), o humor é definido como uma emoção ou um tom de sentimento difuso e persistente que influencia o comportamento de uma pessoa e “colore” sua percepção de ser no mundo.

A prevalência de problemas emocionais e de conduta é em torno de 10,0% a 20,0% entre crianças e adolescentes (BELFER, 2008). Nas últimas décadas, os padrões de adoecimento físico e mental de crianças e adolescentes mudaram consideravelmente. Além disso, os TM representam 45% dos casos, entre as três principais causas de anos perdidos por incapacidade na faixa etária dos 10 aos 24 anos. Atrás destes estão as lesões não intencionais, com 12% dos casos, e as doenças infecciosas e parasitárias, representando 10% (GORE *et al.*, 2011).

Os TM são definidos como uma síndrome com quadros de perturbações cognitivas, emocionais ou no comportamento do indivíduo, pelo qual resulta em um desequilíbrio biológico, psicológicos e do desenvolvimento do funcionamento mental (APA, 2014). Os TM constituem uma carga de doença expressiva, com prejuízo na vida escolar e nas relações familiares e sociais de crianças e adolescentes (BELFER, 2008).

De acordo com o DSM-IV, os TH são doenças mentais caracterizadas principalmente por alterações no estado do ânimo ou humor basal do indivíduo, sendo representados pelos TD e TB e dois outros transtornos classificados com base na etiologia, são os transtornos por condições de saúde mental (APA, 1994).

Os TH são transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são quer secundários a estas alterações do humor e da atividade. A maioria destes transtornos tende a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais podem frequentemente estar relacionadas com situações ou fatos estressantes (OMS, 2000).

7.4.2 Transtorno depressivo

De acordo com a quinta edição do DSM-V, os TD são doenças mentais graves caracterizadas por humor deprimido e diminuição do interesse ou prazer nas realizações das atividades de vida diária (APA, 2014). Este tipo de TH é uma das principais doenças incapacitantes do mundo, afetando aproximadamente 350 milhões de pessoas (WHO, 2016).

Para Aaron T. Beck (2006), psiquiatra com formação psicanalítica, ao pesquisar pacientes deprimidos, tendo como referência o modelo psicanalítico da depressão, concluiu que neste transtorno o paciente apresenta uma visão distorcida e negativa de si mesmo, do mundo a seu redor e do seu futuro.

De acordo com o DSM-IV (1994) os TD podem ser categorizados da seguinte forma:

Transtorno Depressivo Maior: caracterizado por um ou mais episódios depressivos (ou seja, pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse acompanhados por pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão);

Transtorno Distímico: é caracterizado por pelo menos dois anos de humor deprimido de baixa intensidade, e a pessoa está deprimida na maior parte dos dias;

Transtorno Depressivo sem Outra Especificação: inclui transtornos com características depressivas que não satisfazem os critérios para transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno da adaptação com humor depressivo ou transtorno da adaptação misto de ansiedade e depressão. Às vezes, os sintomas depressivos podem apresentar-se como parte de um transtorno de ansiedade sem outra especificação.

Os TD caracterizam-se por distúrbios que podem atingir o ser humano nos diferentes estágios da vida (CRIVELATTI, DURMAN, HOFSTATTER, 2006). No entanto, a probabilidade de início aumenta sensivelmente com a puberdade, tornando a adolescência um período crítico para o surgimento de sintomas depressivos. A prevalência de depressão em indivíduos entre 18 a 29 anos é três vezes maior do que a prevalência em indivíduos acima de 60 anos (APA, 2014).

Nos últimos anos, tem sido cada vez mais significativo a presença de adolescentes com sintomatologia depressiva, sendo a depressão, considerada uma doença frequente nesta fase (WHO, 2014). Esses dados preocupantes tornam a depressão, em especial na adolescência, um problema de saúde pública, pelas altas taxas de reincidência e consequências que podem acompanhar a vida do adolescente, de forma a debilitá-la (GLADSTONE, BEARDSLEE, O'CONNOR, 2011).

Melo *et al.* (2017), concluíram após uma revisão de literatura que a depressão em adolescentes apresenta uma relação muito próxima com o suicídio, sendo este uma das principais causas de morte nesta faixa etária. Na população jovem de 15 a 18 anos o aumento de suicídio foi de 15,3%, passando de 2.515 para 2.900 de 2002 a 2012 (WAISELFISZ, 2014).

Os TD possuem uma etiologia complexa e multifatorial, relacionada com fatores genéticos, ambientais e psicológicos, tais como estresse, perdas importantes, mudanças de domicílio ou escola, problemas escolares, conflitos interpessoais, uso de drogas e álcool, gravidez precoce e abuso sexual (LEWINSOHN *et al.*, 2000), assim como, sintomas de depressão estão também relacionados com a IAC (SAUR, PASIAN, 2008).

A compreensão de que crianças e adolescentes também poderiam ser acometidos por essa enfermidade constitui-se em um campo recente de investigação, visto que até algumas décadas atrás, esse acometimento em crianças e adolescentes não era explorado (MELO,

MOREIRA, SIEBRA, 2017). A depressão, apesar de ser um adoecimento bastante discutido e estudado, é um fenômeno ascendente da sociedade contemporânea, principalmente entre os adolescentes, sendo ainda objeto de pesquisas em vários níveis, por ser um problema de saúde pública, devendo ser considerado por diversos saberes como a psicologia, psiquiatria e a saúde mental (MELO, 2017).

7.4.3 Transtorno bipolar

Os TB são caracterizados por períodos de mania, como elevação do humor e aumento de “energia”, e episódios de depressão, como humor triste, vazio ou irritável, acompanhado também de diminuição da atividade motora, de acordo com os critérios do DSM-V (APA, 2014; GRANDE *et al.*, 2015). Assim como em adultos, os TB em crianças e adolescentes são graves e estão relacionados a mudanças de humor (MORAES, GON, ZAZULA, 2016), e o diagnosticado em pacientes pediátricos e adolescentes está se tornando cada vez maior (VAN METER, 2011).

Van Meter *et al.* (2011), encontraram prevalência de 1,8% de TB em crianças e adolescentes. De acordo com a APA (2014) a prevalência de TB em crianças e adolescentes está em torno de 0,6% na população. Contudo, esses números podem ser maiores, pois quando são investigados pacientes adultos, 60% relatam início dos sintomas antes de terem completado os 20 anos de idade (MORAES, GON, ZAZULA, 2016).

Os TB são transtornos complexos e multifatoriais, causados pela interação de fatores genéticos e ambientais (SERRETI, MANDELLI, 2008). O surgimento e a evolução dos TB são possivelmente influenciados pelo trauma precoce, por eventos aversivos significativos da vida e pelo uso indevido de álcool e drogas. O aparecimento da doença pode ser particularmente influenciado pelo estresse sofrido na adolescência, mas os primeiros episódios de mania podem se manifestar ao longo de toda a vida (GOODWIN, 2012).

De acordo com o DSM-IV (1994) os TB podem ser categorizados da seguinte forma:

Transtorno bipolar tipo I: episódios de mania e depressão, que são diagnosticados com base nos episódios maníacos;

Transtorno bipolar tipo II: ocorrência de um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio maníaco;

Transtorno ciclotímico: período de hipomania e depressão que não atendem aos critérios para episódios de mania, hipomania ou depressão maior, por pelo menos um ano);

Transtorno bipolar não especificado: instabilidade do humor, mas que não satisfazem os critérios do manual.

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1992), os critérios para diagnóstico de TB em crianças e adolescentes são: irritabilidade, agressividade e estados de humor misto.

Nos TB há uma taxa elevada de risco de suicídio, de aproximadamente 15%. Os comportamentos suicidas são umas das principais causas de mortalidade em indivíduos de 15 a 24 anos que apresentam TB (GAVIN, 2010; LIPWORTH, MCLAUGHLIN, 2010).

Estudo de revisão sistemática que analisou estudos empíricos de intervenções psicossociais realizadas para o TB em crianças e adolescentes, ressaltou a necessidade de pesquisas nesta área, uma vez que a limitação destas podem ser em virtude da dificuldade de definição e caracterização dos TB para crianças e adolescentes. Frente a isso, o desenvolvimento de mais estudos contribuiria para a elaboração de programas de intervenção psicossocial direcionados aos jovens (MORAES, GON, ZAZULA, 2016).

7.5 A insatisfação com a autoimagem corporal e os transtornos depressivo e bipolar na adolescência

Nos últimos anos, as pesquisas sobre IAC e saúde mental têm avaliado, principalmente, a presença dos chamados transtornos mentais comuns (TMC) ou transtornos mentais menores associados a IAC (NEVES, DAGALARRONDO, 2007; MARQUES, LEGAL, HÖFELMANN, 2012; STROUS, 2012;). Os TMC representam os quadros menos graves e mais frequentes de transtornos mentais, e são considerados como quadros depressivos não psicóticos (NUNES *et al.*, 2001). Marques *et al.*, (2012) ao avaliarem no Brasil a associação entre IAC e TMC verificaram que 28% dos adolescentes insatisfeitos com a IC tiveram risco de desenvolverem TMC.

Por outro lado, Ferreiro *et al.* (2014), ao avaliarem a IAC como um fator de risco para sintomas depressivos em adolescentes, encontraram que os sintomas depressivos não desenvolvem-se da mesma forma em meninos e meninas, reforçando a necessidade da realização de estudos que investiguem a relação da IAC e depressão com os gêneros. A percepção negativa da IC apresenta um efeito na diminuição da autoestima, o que levaria a um sofrimento psicológico. Com isso, essa diminuição poderia desencadear problemas como ansiedade e depressão, pois a adolescência é uma fase crítica para o estabelecimento da autoestima e IC positiva (DUCHESNE *et al.*, 2016).

Blashill e Wilhelm (2014), evidenciaram que as distorções da IC, particularmente as extremas, podem ser fatores para sintomas de depressão, com base em um estudo longitudinal com 2.139 adolescentes do sexo masculino nos Estados Unidos. Na referida pesquisa, os autores

descobriram que meninos que se viam com uma forma física menor ou mais avantajada do que a sua imagem real, apresentavam níveis mais elevados de sintomas de depressão. Em consonância, mesmo adolescentes que não possuem excesso de peso ou massa gordurosa excessiva na cintura podem apresentar IAC (MARQUES, LEGAL, HÖFELMANN, 2012).

Em um estudo realizado em Lima no Peru, Flores-Cornejo *et al.* (2017), ao avaliarem a associação entre IAC e sintomas de depressão em adolescentes de 13 a 17 anos, encontraram que adolescentes com IAC tinham 3,7 vezes mais chances de desenvolverem sintomas de depressão. Além disso, nessa população, aqueles que consumiam tabaco e álcool tinham 1,5 e 1,4 vezes mais chances de desenvolverem psicopatologias mentais.

Carneiro e Dobson (2016), ressaltam que a depressão é um grave problema de saúde pública, o que justifica a necessidade de pesquisas que auxiliem em seu diagnóstico e na promoção de saúde, contribuindo para a identificação de fatores de risco associados a doença. Além disso, a compreensão de que adolescentes pudessem ser acometidos com essa enfermidade antes da fase adulta é um campo recente de investigação, visto que até a algumas décadas atrás, esse quadro clínico em crianças e adolescentes não era explorado (MELO, 2017).

Ansari e Labeeb (2014), avaliaram a associação entre IAC, IMC e sintomas de depressão em adolescentes egípcios. Dentre os adolescentes com sintomas de depressão, apenas uma pequena parcela não apresentava IAC (11,9% de meninos e 17,2% de meninas). Os autores encontraram prevalência de IAC leve a moderada em 40% das meninas e em 25,6% dos meninos, além da associação positiva desta com o IMC. Os adolescentes que tinham imagem corporal percebida como gorda apresentavam sintomas depressivos.

A IAC pode ser identificada em grande parte da população com sobrepeso ou obesa (GRAUP *et al.*, 2008). Esta insatisfação aumenta à medida que se eleva o percentual de gordura corporal (SANTINI, KIRSTEN, 2012). E na população jovem e com excesso de peso, o risco de desenvolver sintomas de depressão é alto. Além dos sintomas depressivos, estudos apontam que adolescentes com excesso de peso, podem vir a desenvolverem os TB, pois a obesidade parece ser um fator responsável por intensificar os TB, resultando em piores complicações de saúde, assim como tentativas de suicídio (PISK *et al.*, 2017).

Goldstein *et al.* (2016), ao avaliarem a correlação do excesso de peso e obesidade com TB em adolescentes, encontraram associação positiva destes adolescentes com suicídio, abuso sexual, compulsão alimentar, bulimia e transtornos de conduta. Vasconcelos *et al.* (2011), ao avaliarem a obesidade e o risco de suicídio em pacientes bipolares, encontraram associação positiva entre estas variáveis. A presença dos TB pode aumentar o risco de desregulação do peso e outras comorbidades psicológicas neste grupo de risco (TSENG *et al.*, 2015).

O sobrepeso e a obesidade são prevalentes em 68% dos casos em pacientes com TB (FAGIOLINI *et al.*, 2002). Dessa forma, sabendo-se que a IAC tende a ser mais prevalente ou aumentar em adolescentes com sobrepeso ou obesidade (CONTI, CONTI, 2008; SANTINI, KIRSTEN, 2012) e os TB estarem presentes em altas taxas nesses adolescentes (ELMSLIE *et al.*, 2000), torna-se relevante avaliar se a IAC está associada no desenvolvimento de TB em adolescentes.

Konradt *et al.* (2013), em estudo de caso-controle, verificaram vivências precoces de abuso e negligência entre jovens com TH, como o transtorno depressivo maior e TB. Nesse trabalho, os resultados mostraram o abuso sexual como fator de risco para os TH, além disso os casos de abusos e a negligência emocional estiveram prevalentes entre os jovens com TH. Para o desencadeamento dos TB é necessária a ocorrência de fatores genéticos e ambientais, no entanto não se conhece o peso destes no desenvolvimento da doença, mas sabe-se da interação dos dois.

Dessa forma, os TD e TB apresentam uma etiologia multifatorial, envolvendo aspectos genéticos e ambientais. Os aspectos genéticos envolvem as interferências na funcionalidade do cérebro e do temperamento de cada indivíduo. Dentre os fatores ambientais destacam-se o estresse, perdas importantes, mudanças de domicílio ou escola, problemas escolares, conflitos interpessoais, uso de drogas e álcool, gravidez precoce e abuso sexual geralmente desencadeiam ou mantêm o quadro de TH (LEWINSOHN *et al.*, 2000). Com isso, avaliar a saúde mental e IC é relevante, especialmente no período da adolescência, quando a IAC é prevalente (HALLIWELL, DITTMAR, 2003).

8 ASPECTOS METODOLÓGICOS

8.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal proveniente do estudo do consórcio das coorte RPS com indivíduos nascidos na cidade São Luís – MA, realizada em três fases (Figura 1). Esta coorte está incluída na pesquisa “Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental”, desenvolvida pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Neste estudo foram utilizados os dados da terceira fase da coorte, coletados no município de São Luís-MA.

São Luís é a capital do Estado do Maranhão, situada em uma ilha localizada no litoral norte do Estado, na região nordeste do Brasil. A população estimada no último censo em 2010

era de 1.014.837 habitantes. O município localiza-se em uma das regiões mais pobres do país. O índice de desenvolvimento humano é de 0.768, e sua atividade econômica está ligada ao turismo, comércio e serviços, sendo que este último é o responsável pela maior parcela do produto interno bruto da capital. (IBGE, 2010).

8.2 População e amostra em estudo

A primeira fase do estudo da coorte de São Luís foi iniciada ao nascimento em dez hospitais públicos e privados da cidade, no período de março de 1997 a fevereiro de 1998, incluindo 96,3% dos nascimentos do período através de amostragem sistemática com estratificação proporcional de acordo com o número de nascimentos em cada maternidade de um em cada sete partos. Foram excluídos partos múltiplos, natimortos e gemelares. A amostra final totalizou 2.443 nascimentos (SILVA *et al.*, 2001)

A segunda fase ocorreu quando as crianças estavam com 7 a 9 anos de idade, em 2005 e 2006 por meio de delineamento complexo de amostragem, utilizando a variável peso ao nascer para definir a amostra necessária para a avaliação na idade escolar categorizada em muito baixo peso, baixo peso, peso insuficiente, peso adequado e alto peso (categorias de peso menos frequentes) (BARBIERI *et al.*, 2011). Considerando a população elegível e avaliada, esta fase finalizou com 637 crianças.

Em 2015, estes participantes foram convidados para retornar para nova avaliação aos 18 e 19 anos de idade. Para localizá-los foram desenvolvidas duas estratégias: busca no Alistamento Militar, apenas para os meninos, e nas escolas, tanto para meninos quanto para meninas.

Para a busca nas escolas, foi feita a localização dos participantes a partir do censo escolar de 2014 comparando o nome da mãe, data de nascimento e nome do participante, para aqueles acompanhados em 2005/2006 (2ª fase) e nome da mãe e data de nascimento do participante.

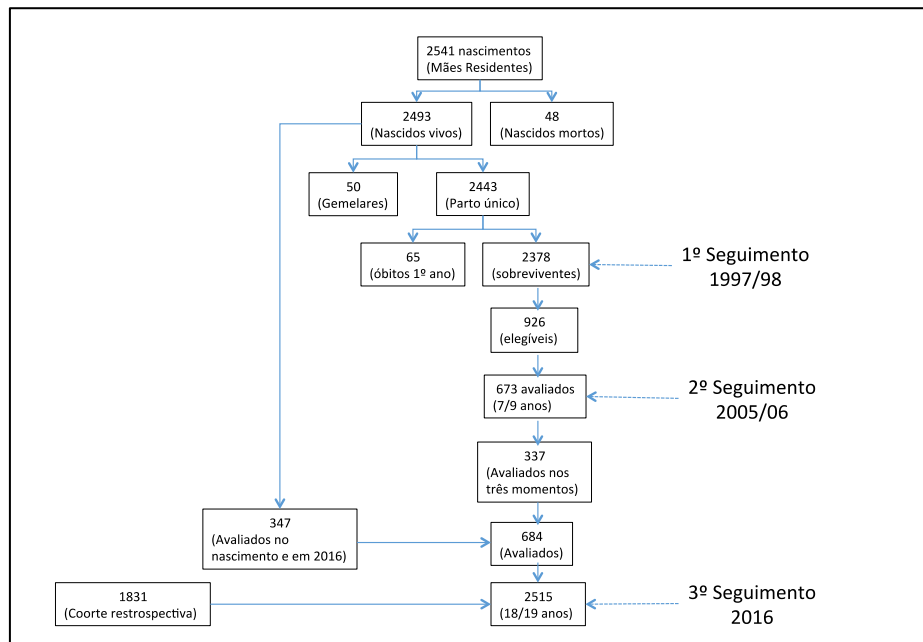
De janeiro a novembro de 2016, através de agendamento, estes adolescentes foram convidados a serem avaliados, através da aplicação de exames clínicos, questionários completos e coleta de material biológico, totalizando 684. Nesta etapa, foram investigadas, entre outras, as condições de nutrição, doenças mentais, situação socioeconômica e demográfica, renda, hábitos de vida e habilidades cognitivas por meio de equipamentos como Bodpod®, questionários estruturados e validados, dentre outros instrumentos.

Com o objetivo de aumentar o poder da amostra, e para prevenir perdas futuras, a coorte foi aberta para incluir outros indivíduos nascidos em São Luís-MA no ano de 1997, numa

primeira etapa a partir de sorteio utilizando o banco do SINASC e numa segunda etapa incluindo voluntários identificados nas escolas e universidades. Através de coorte retrospectiva, eles foram submetidos aos mesmos testes e questionários que os demais participantes que já vinham sendo acompanhados desde a primeira fase da pesquisa. Diante disso, a terceira fase finalizou com 2.515 adolescentes.

Portanto, para a presente pesquisa, foram incluídos os adolescentes que no ato da avaliação foram entrevistados e forneceram informações acerca da saúde mental e IC e que se enquadravam nos critérios de inclusão, descritos a seguir. Diante disso, para esta pesquisa a amostra resultou em 2.163 adolescentes.

Figura 1 – Fluxograma das três fases do estudo da coorte de nascimento.



8.2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão adotados para esta pesquisa foram: adolescentes nascidos em São Luís-MA, entre março de 1997 a fevereiro de 1998 acompanhados pela terceira fase da coorte e que no momento da entrevista informaram dados sobre saúde mental e IC.

8.2.2 Critérios de não inclusão

No estudo não foram incluídos adolescentes gestantes e que não forneceram informações acerca da saúde mental, da IC, dados socioeconômicos, demográficos e do estilo de vida.

8.3 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados por bolsistas graduados e alunos de pós-graduação da área da saúde devidamente treinados, identificados e uniformizados.

A coleta dos dados para este estudo foi organizada em estações sequenciais (ANEXO A), englobando os diferentes questionários estruturados e instrumentos de avaliação: Questionário Geral 1 (Anexo B) e Questionário Geral 2 (Anexo C), Questionário Confidencial (Anexo D), entrevista diagnóstica M.I.N.I (Mini *International Neuropsychiatric Interview - Brazilian version 5.0.0 - DSM IV*) (ANEXO E), a escala de silhuetas de Stunkard *et al.* (1983) (ANEXO F) e o instrumento *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) (ANEXO G).

Foram utilizadas as seguintes variáveis e instrumentos de coleta de dados:

1. Características socioeconômicas e demográficas dos adolescentes:

Estas informações foram obtidas através do questionário geral 1, a saber: idade (18 anos/19 anos); sexo (masculino/feminino); classe econômica pelo critério CEB - Classificação Econômica Brasil (A, B, C, D, E, sendo a classe A a mais rica e escolarizada e a classe E a mais pobres e menos instruída); cor da pele (branca, preta/negra, parda/mulata/cabocla/morena, amarelo/oriental); pais separados ou divorciados (sim/não).

2. Hábitos de vida e eventos estressores:

Foi investigado sobre o uso problemático do álcool através da utilização do AUDIT. Instrumento de avaliação nos serviços de saúde sobre o consumo de álcool, de fácil e rápida aplicação.

O AUDIT é composto por dez questões e, de acordo com a pontuação, auxilia a identificar quatro diferentes padrões de consumo: uso de baixo risco (consumo que provavelmente não resultará em problemas), uso de risco (consumo que poderá levar a problemas), uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha levado a problemas) e provável dependência (MORETTI-PIRES, CORRADI-WEBSTER, 2011). A aplicação do AUDIT foi feita por graduados e alunos de pós-graduação da área da saúde devidamente treinados, realizada no ato da avaliação agendada com os adolescentes.

O consumo habitual de tabaco entre os adolescentes foi investigado neste estudo. A obtenção dessas informações foi feita a partir da utilização do questionário geral 2 aplicado durante a avaliação, pelo qual perguntava se o adolescente já teve o costume de fumar cigarro e se fumava atualmente.

Em relação as informações sobre o nível de atividade física, foi utilizado o instrumento de mensuração do nível da atividade física o *Self-Administered Physical Activity Checklist* (SAPAC) (SALLIS *et al.*, 1996), inserido no questionário geral 2. A partir do SAPAC foi possível classificar o nível de atividade física dos adolescentes em: sedentário, baixo, moderado e alto.

Em relação a eventos estressores, foi investigado se os adolescentes sofreram ou sofrem humilhação com piadas sobre o corpo. Dentre as possíveis respostas estavam: nunca, raramente, às vezes, quase sempre ou sempre ter sofrido. Esta investigação foi aplicada pelos profissionais da saúde envolvidos na pesquisa através do questionário confidencial.

Investigou-se por meio do questionário geral 2, a utilização das redes sociais, considerando a influência que estas podem exercer sobre a saúde mental e conseqüentemente na percepção da IC (SILVA *et al.*, 2018). Dessa forma foram investigadas a utilização das principais redes sociais pelos adolescentes, a saber: *WhatsApp, Facebook, Instagram, Twiter, Viber, YouTube, Snapchat, Tinder*, dentre outros referidos pelos adolescentes.

3. Estado Nutricional

Foi necessário a aferição do peso dos adolescentes, medido pela balança da marca Filizola® acoplada ao aparelho BodPod®. No momento da pesagem, os adolescentes eram orientados a estarem com roupas leves e retirarem os sapatos, celulares, carteiras dentre outros objetos que pudessem influenciar o resultado da pesagem. Além disso, foi feita a aferição da altura com a utilização do estadiômetro da marca Altura Exata®. Os adolescentes eram orientados a ficarem descalços e retirarem bonés, adereços no cabelo dentre outros acessórios de cabeça que pudessem influenciar no resultado da aferição da altura. Em seguida os dados de peso e altura eram registrados no formulário BodPod (ANEXO H).

Para classificação do estado nutricional foi calculado o índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m^2) por meio da aferição do peso e da altura dos adolescentes, de acordo com os pontos de corte adotados pela OMS (WHO, 2000): baixo peso ($\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrófico ($\text{IMC} \geq 18,5$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$) e excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$).

4. Saúde mental:

Foram coletados os dados sobre a saúde mental dos adolescentes. Para esta pesquisa, o foco da coleta destinou-se aos TD e TB, utilizando o questionário M.I.N.I.

O M.I.N.I é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do DSM IV. O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva (APA, 1994).

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o (a) entrevistado (a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele (a) respostas “sim” ou “não” (APA, 1994).

Para este trabalho a utilização do M.I.N.I serviu como instrumento de investigação para TH, a saber TD e TB.

Os TH classificados de acordo com os critérios diagnósticos do DSM IV e que foram investigados através do questionário M.I.N.I. nos adolescentes e utilizados neste estudo, foram os seguintes: episódio depressivo maior atual ou recorrente (presente/ausente), episódio depressivo maior com características melancólicas (presente/ausente), episódio de hipomania (presente/ausente), episódio de mania (presente/ausente).

A aplicação do M.I.N.I foi realizada mediante agendamento com os adolescentes, nos turnos matutino ou vespertino, e foi executada por bolsistas e alunos de pós-graduação da área da saúde devidamente treinados.

5. Imagem corporal

As informações acerca da percepção da IC foram obtidas com a utilização da escala de silhuetas proposta por Stunkard *et al.* (1983). Este método, aplicado para escolares e adolescentes (CORTÉS *et al.*, 2009) e validado para a população brasileira (SCAGLIUSI *et al.*, 2006) apresenta nove silhuetas, as quais representam uma sucessão de silhuetas, desde a magreza (silhueta 1) até a obesidade severa (silhueta 9).

A escala, que contém o conjunto de silhuetas, foi mostrada aos adolescentes da pesquisa, e os mesmos respondiam a duas perguntas presentes no Questionário Geral 2: Qual destas figuras você identifica mais com o seu corpo? Qual destas figuras se parece com o que você gostaria que fosse seu corpo?.

Nesta escala, cada sujeito escolhe o número da silhueta que considera mais semelhante à sua imagem (imagem real) e também, a que gostaria de ser (imagem ideal). Calcula-se a diferença entre a imagem real e a imagem ideal para determinar a SAC. Quando essa diferença

é igual a zero, o indivíduo é considerado como satisfeito com a sua imagem; quando é positiva, o indivíduo demonstra insatisfação pelo excesso de peso e quando é negativa, o indivíduo demonstra insatisfação pela magreza (COSTA, 2012). Neste estudo, foram considerados com IAC aqueles em que a diferença foi diferente de zero e com SAC aqueles em que a diferença foi igual a zero. A IAC foi definida como variável exposição nesta pesquisa.

8.4 Variável dependente

Para a construção da variável dependente “Presença de Transtornos Depressivo e Bipolar”, desfecho de interesse deste estudo, foram utilizadas as informações acerca dos adolescentes que apresentaram no questionário M.I.N.I., os seguintes episódios de alteração de humor: episódio depressivo maior atual ou recorrente, episódio depressivo maior com características melancólicas, episódio de hipomania e episódio de mania. Após a construção da variável dependente, esta foi utilizada como uma variável categórica dicotômica: presente (pelo menos um dos episódios) ou ausente.

8.5 Variáveis independentes

A variável independente e principal deste estudo foi “insatisfação com a autoimagem corporal”, tratada como variável categórica dicotômica: satisfeitos ou insatisfeitos.

As demais variáveis independentes e potencialmente confundidoras utilizadas neste estudo foram: Estado Nutricional, por meio do IMC (kg/m^2), tratada como uma variável categórica: baixo peso ($\text{IMC} < 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$), eutrófico ($\text{IMC} \geq 18,5$ e $< 25 \text{ kg}/\text{m}^2$) e excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$); Uso das Redes Sociais, tratada como uma variável categórica dicotômica: sim (pelo menos usa uma rede social) ou não; A variável “sofreu humilhação com piadas sobre o corpo” tratada como variável categórica: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre.

O sexo dos adolescente foi tratada como variável categórica dicotômica: masculino ou feminino; cor da pele como variável categórica: branca, preta/negra, parda/mulata/cabocla/morena, amarelo/oriental; A classe econômica foi tratada como variável categórica, com as seguintes categorias: A, B, C, D, E, sendo a classe “A” mais rica e escolarizada e a classe “E” a mais pobre e menos instruída, pelo critério CEB – Classificação Econômica Brasil; Estado conjugal atual dos pais do adolescente foi tratada como uma variável categórica dicotômica, ter pais separados ou divorciados: sim ou não.

O hábito de fumar dos adolescentes foi nomeado como variável “Tabagismo” sendo esta categórica dicotômica: sim ou não; O uso problemático de álcool foi nomeado como variável “Alcoolismo” sendo esta categórica: baixo risco, uso de risco, uso nocivo, provável

dependência; A classificação do nível de atividade física foi tratada como uma variável categórica: sedentário, baixo nível, moderado e alto nível de atividade física.

8.6 Construção do Grafo Acíclico Direcionado (DAG)

Os diagramas causais são grafos acíclicos direcionados que codificam hipóteses qualitativas sobre os processos causais que geram os dados. Um Grafo Acíclico Direcionado (DAG) é composto por vértices que representam as variáveis aleatórias e por arestas que denotam uma relação entre um par de variáveis. Diz-se que um grafo é direcionado quando todas as arestas são representadas por uma seta única e é acíclico quando nenhuma ligação entre variáveis forma um circuito fechado (CORTES; FAERSTEIN; STRUCHINER, 2016).

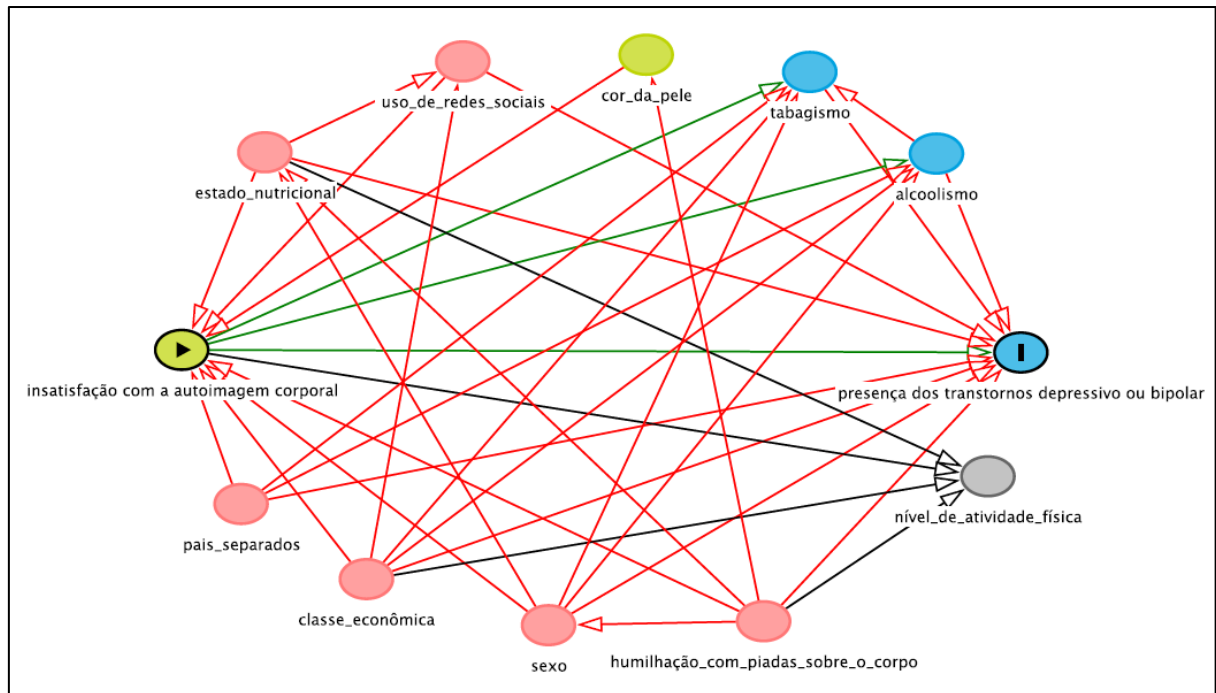
Para a construção do DAG foi utilizado o Programa *DAGitty*, de domínio público e disponível na internet no site <http://www.dagitty.net/>. Uma vez construído o DAG, o programa aplica algoritmos e estabelece para quais variáveis, entre todas que entraram no DAG, deve-se ajustar em uma análise estatística subsequente. Essa análise estabelece parâmetros que quantificarão a dimensão da associação causal estabelecendo um valor para a probabilidade do erro aleatório (p-valor) (SHRIER; PLATT, 2008).

Para a construção do DAG foi feita uma busca na literatura científica sobre resultados de pesquisas e estudos que trataram de temas semelhantes a este estudo. Estas informações serviram de base para a construção das possíveis associações causais entre variáveis, e posteriormente avaliar tais associações. Abaixo seguem os estudos científicos que foram buscados e serviram de base para a construção do DAG:

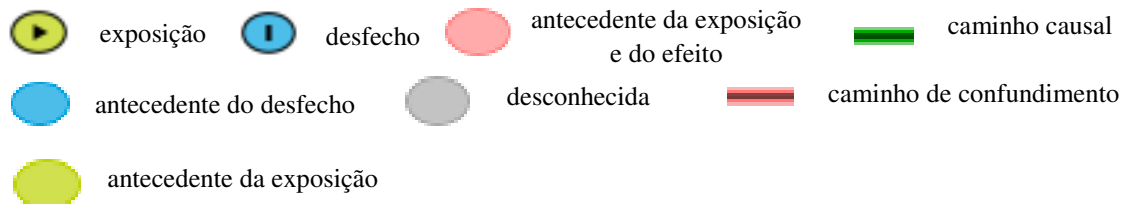
1. Flores-Cornejo *et al.* (2017), ao estudarem a associação de risco entre a IAC e sintomas de depressão em 875 adolescentes de 13 a 17 anos, em um estudo transversal, reuniram como possíveis fatores associados: o gênero, uso de tabaco, consumo de álcool, escolaridade e histórico de depressão na família;
2. Goldstein *et al.* (2016), avaliaram a correlação do sobrepeso e obesidade, através do IMC, em adolescentes de 13 a 18 anos com transtorno bipolar, considerando os possíveis fatores associados: etnia, situação conjugal dos pais, gênero, abuso físico ou sexual, prática de exercícios físicos e tabagismo;
3. Langoni *et al.* (2012), em estudo transversal realizado no Brasil, investigaram a prevalência de IAC e fatores associados em 1.170 alunos do 7º ano, considerando: gênero, cor da pele, classe econômica, estado nutricional, uso de álcool, tabaco e drogas, nível de atividade física, influência dos pais, violência e sentimentos de discriminação e tristeza;

4. Silva *et al.* (2018) investigaram a relação entre IAC, eventos estressores, autoestima, comportamento alimentar e IMC, e concluíram o papel que a mídia exerce na saúde mental dos adolescentes, com destaque para o uso das redes sociais, em que imagens e trocas de informações são motivadores de busca de um corpo ideal;

Figura 2. Grafo Acíclico Direcionado ilustrando a associação entre as variáveis com a exposição insatisfação com a autoimagem corporal e o desfecho presença de transtornos depressivo ou bipolar.



Legenda:



8.7 Análise estatística

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis incluídas na pesquisa. As variáveis categóricas, exclusivas neste estudo, foram apresentadas através de frequências absolutas e relativas.

Após a construção do DAG, o critério da porta de trás definiu quais variáveis dentre todas aquelas confundidoras que foram inseridas, necessitaram serem ajustadas. Dentre as

variáveis para ajuste foram indicadas: o estado nutricional, uso de redes sociais, pais separados/divorciados, classe econômica, sexo, sofreu humilhação com piadas sobre o corpo.

Em seguida foi feita uma análise de inferência causal. Para este trabalho transversal justifica-se a utilização da inferência causal a partir das seguintes hipóteses:

1. A percepção da imagem corporal é construída na infância até a adolescência (LIMA *et al.*, 2016; NEVES *et al.*, 2017);
2. Se essa IAC não receber os devidos cuidados pode resultar em transtornos psicológicos nas próximas fases do desenvolvimento, como na adolescência (APA, 1994);
3. Na adolescência há predomínio da IAC (HOLMQVIST; FRISÉN, 2012) e os sintomas de depressão e de transtorno bipolar afetam em grande proporção jovens antes dos 20 anos (APA, 2014; MORAES; GON; ZAZULA, 2016).

Para a estimação do efeito causal realizou-se a estimação por meio da ponderação pelo inverso da probabilidade de seleção a partir das variáveis para ajuste do DAG. Posteriormente, para verificar o balanceamento, realizou-se o cálculo das diferenças padronizadas absolutas das variáveis predictoras do tratamento entre os grupos exposto e não exposto e das razões de variância. Uma diferença padronizada absoluta menor que 0,25 e a razão de variâncias entre 0,80 e 1,20, indicam balanceamento. Foram consideradas significantes as variáveis com p-valor < 0,05. Os dados foram analisados no programa estatístico Stata® versão 14.0.

8.8 Aspectos éticos

O estudo atendeu aos critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Norma Operacional 001/2013 CNS. Os adolescentes que concordaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I). Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para o entrevistado, em qualquer etapa da pesquisa. O projeto e o TCLE foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, Parecer Consubstanciado número 1.302.489 de 29 de outubro de 2015 (ANEXO J).

9 ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO

O projeto de pesquisa “Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental” teve auxílio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com valor global de R\$ 6.268.000,00, de acordo com o Termo de Aceitação de Apoio Financeiro a Proposta de Natureza Científica, Tecnológica e/ou de Inovação (ANEXO K).

Para a execução desta pesquisa “Insatisfação com a autoimagem corporal associada a sintomas de adoecimento mental em adolescentes da coorte RPS, São Luís-MA”, proveniente do referido Projeto, o orçamento necessário incluiu o custo de material de escritório, como resma de papel, grampeador, *toner* para impressão, encadernação, canetas, internet entre outros materiais, e livros para pesquisa científica, totalizando um valor aproximado de R\$ 1.000, 00. Tais custos foram de total responsabilidade da Instituição.

10 RESULTADOS

ARTIGO

**INSATISFAÇÃO COM A AUTOIMAGEM CORPORAL E TRANSTORNOS
DEPRESSIVO E BIPOLAR EM ADOLESCENTES**

Body Image Dissatisfaction and Depression and Bipolar Disorders in Adolescents

Artigo a ser submetido à *Revista de Saúde Pública* (Fator de impacto 1,911, *Qualis A2*).

**INSATISFAÇÃO COM A AUTOIMAGEM CORPORAL E TRANSTORNOS
DEPRESSIVO E BIPOLAR EM ADOLESCENTES**

Body Image Dissatisfaction and Depression and Bipolar Disorders in Adolescents

Leudimar Carvalho Soares Filho¹

Rosângela Fernandes Lucena Batista²

¹ Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão/UFMA

² Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-Doutora. Departamento de Saúde Pública/UFMA

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre a Insatisfação com a Autoimagem Corporal (IAC) e Transtornos Depressivo (TH) e Bipolar (TB) em adolescentes de uma coorte de nascimento. Trata-se de um estudo transversal que incluiu 2.163 adolescentes de 18 a 19 anos. Foram estudadas características socioeconômicas, demográficas, do estilo de vida, eventos estressores, estado nutricional, imagem corporal (IC), através da escala de silhuetas de Stunkard, e investigou-se a existência de transtornos depressivo e bipolar, através da entrevista diagnóstica M.I.N.I. Foi calculado o teste qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas. Um Gráfico Acíclico Direcionado (DAG) foi construído para identificação de variáveis confundidoras, e a análise estatística por inferência causal através da ponderação pelo inverso da probabilidade de seleção. O balanceamento das variáveis foi considerado quando as diferenças padronizadas absolutas das variáveis preditoras eram $<0,25$ e as razões de variância estavam entre 0,80 e 1,20. Foram consideradas significantes as variáveis com p -valor $<0,05$. Os dados foram analisados no programa estatístico Stata. A prevalência de transtornos depressivo e bipolar nos adolescentes com IAC foi maior (22,06%) em relação aos adolescentes satisfeitos

com a sua autoimagem corporal (SAC) (16,67%) ($p=0,023$). Assim como, a prevalência de desnutrição (17,41%) e excesso de peso (22,33%) ($p<0,05$), e de sedentarismo (45,94%) ($p<0,01$) foram maiores nos adolescentes com IAC em comparação aos adolescentes com SAC. Não foi encontrada associação entre a IAC e os TDB nos adolescentes: TDB (IC:95%, -0,309; 0,080, $p=0,384$); TD (IC:95%, -0,060; 0,045, $p=0,782$); TB (IC:95%, -0,032; 0,058, $p=0,578$). Portanto, a IAC não exerceu efeito sobre os TDB nos adolescentes deste estudo.

Palavras-chave: Imagem corporal, Transtornos Mentais, Transtornos de Humor, Adolescência.

ABSTRACT

The objective of this study was to verify the existence of an association between Dissatisfaction with Body Self-image (DBI), Depressive (DD) and Bipolar (BD) Disorders in adolescents from a birth cohort. This was a cross-sectional study involving 2,163 adolescents aged 18 to 19 years. We used Stunkard scale to study socioeconomic, demographic, lifestyle, stressor events, nutritional status and body image (BI). Besides, we investigated the existence of depressive or bipolar disorders (DBD), through the M.I.N.I. diagnostic interview. For the categorical variables, we calculated Pearson's chi-square test. To identify confounding variables we constructed a Directed Acyclic Graph (DAG) and performed a statistical analysis by causal inference through the inverse weighting of the selection probability. We considered the balance of variables when the absolute standard differences of the predictor variables were <0.25 and the variance ratios were between 0.80 and 1.20. Variables with p -value <0.05 were considered significant. We analyzed all data in Stata. The prevalence of DBD in adolescents with DBI was higher (22.06%) than adolescents satisfied with their body image (SBI) (16.67%) ($p <0.05$). Likewise, the prevalence of malnutrition (17.41%) and overweight (22.33%) ($p <0.05$), and sedentary lifestyle (45.94%) ($p <0.05$) were higher in the adolescents with DBI compared to SBI adolescents. There was no association between DBI and DBD in adolescents: DBD (CI: 95%, -0.309; 0.080, $p = 0.384$); DD (CI: 95%, -0.060, 0.045, $p = 0.782$); BD (CI: 95%, -0.032; 0.058, $p = 0.578$). Therefore, DBI had no effect on DBD in the adolescents of this study.

Keywords: Body Image, Mental Disorders, Mood Disorders, Adolescence.

INTRODUÇÃO

A imagem corporal (IC) é a construção multidimensional que descreve as representações internas da estrutura corporal e da aparência física, em relação a nós mesmos e

aos outros¹. A percepção da IC é construída a partir da infância até a fase da adolescência. Com isso, é uma fase fundamental para a formação da identidade do adolescente e conseqüentemente estruturação da sua IC^{2,3}.

A adolescência está relacionada a maiores preocupações com a forma do corpo, principalmente como o excesso de peso^{2,3}, o que pode resultar na insatisfação com a autoimagem corporal (IAC). A IAC é o componente afetivo da IC, caracterizada como uma avaliação negativa acerca da própria aparência, através de sentimentos de desconforto⁴. A IAC está relacionada a atitudes preconceituosas e de discriminação em jovens que não possuem uma forma física não condizente ao padrão imposto, corpo magro para as meninas e musculoso e alto para os meninos⁵. Dessa forma, a IAC impacta na adolescência, que não recebendo os devidos cuidados, tende a persistir, gerando sofrimento e resultar em transtornos mentais (TM)⁶.

Sabendo-se que a IAC está relacionada com o desenvolvimento de transtornos alimentares (TA) como a anorexia e bulimia nervosa⁷, estudos têm buscado a associação desta com outros tipos de TM, como os transtornos de humor (TH), principalmente a depressão. Diante disso, a literatura é dividida em estudos que evidenciaram essa associação^{8,9,10}, e outros que não encontraram^{11,12}.

Os TH são doenças mentais caracterizadas principalmente por alterações no estado do ânimo ou humor basal do indivíduo, representados principalmente pelos transtornos depressivo (TD) e bipolar (TB)⁶. O TD afeta em grande proporção jovens, com idades entre 18 a 29 anos¹³, assim como o TB, havendo relatados por pacientes de que os primeiros sintomas surgem antes dos 20 anos de idade¹⁴.

Sabendo-se que a partir da infância a IAC pode impactar na saúde mental nas próximas fases do desenvolvimento, como na adolescência, onde há predomínio da preocupação com a IC e como essa imagem é percebida pelos outros², o objetivo deste estudo foi avaliar a existência de associação causal entre a IAC e a presença de TD e TB em adolescentes.

MÉTODOS

Estudo transversal proveniente da coorte do consórcio RPS realizada em três fases e desenvolvida pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel), com indivíduos nascidos na cidade São Luís – MA.

A primeira fase da coorte foi iniciada ao nascimento de março de 1997 a fevereiro de 1998, incluindo 96,3% dos nascimentos do período através de amostragem sistemática com

estratificação proporcional de acordo com o número de nascimentos em cada maternidade de um em cada sete partos¹⁵. A segunda fase ocorreu quando as crianças estavam com 7 a 9 anos de idade, em 2005 e 2006¹⁶.

Em 2015, estes participantes foram convidados para retornar para nova avaliação aos 18 e 19 anos de idade. Estes foram localizados através da busca no Alistamento Militar e nas escolas através do censo escolar de 2014. Com o objetivo de aumentar o poder da amostra, foram incluídos novos indivíduos, a partir de sorteio utilizando o banco do SINASC e incluindo escolares e universitários, finalizando com 2.515 adolescentes. Diante disso, foram avaliadas as condições de nutrição, doenças mentais, situação socioeconômica e demográfica, hábitos de vida, e utilizaram-se equipamentos como Bodpod®, questionários estruturados e validados, dentre outros instrumentos. Para esta pesquisa, a amostra resultou em 2.163 adolescentes, considerando aqueles que forneceram informações sobre saúde mental e de IC.

Todos os dados foram coletados por bolsistas graduados e alunos de pós-graduação da área da saúde devidamente treinados, identificados e uniformizados. Esta coleta foi organizada em estações sequenciais, utilizando diferentes questionários estruturados, para dados socioeconômicos, demográficos e estilo de vida, e instrumentos de avaliação.

Para investigar sobre o uso problemático do álcool, utilizou-se o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), Instrumento de avaliação nos serviços de saúde sobre o consumo de álcool, de fácil e rápida aplicação. Além disso, o consumo habitual de tabaco também foi investigado, buscando informações sobre hábitos de fumo, por meio de questionário estruturado.

Para classificação do nível da atividade física utilizou-se como instrumento o *Self-Administered Physical Activity Checklist* (SAPAC). A partir do SAPAC foi possível classificar o nível de atividade física em: sedentário, baixo, moderado e alto.

Foram investigadas, por meio de questionário estruturado, o uso das principais redes sociais, a saber: WhatsApp, Facebook, Instagram, Twiter, Viber, YouTube, Snapchat, Tinder, dentre outras referidas, considerando a influência que as redes sociais podem exercer sobre a saúde mental e conseqüentemente na percepção da IC do adolescente.

No que se refere a eventos estressores, foi investigado se os adolescentes sofreram ou sofrem humilhação com piadas sobre o corpo, utilizando questionário estruturado. Dentre as possíveis respostas estavam: nunca, raramente, às vezes, quase sempre ou sempre ter sofrido.

Para a avaliação do estado nutricional foi medido o peso dos adolescentes, por meio da balança da marca Filizola® acoplada ao aparelho BodPod® e da altura por meio do estadiômetro da marca Altura Exata®. O estado nutricional foi classificado de acordo com o

IMC (kg/m^2), seguindo os pontos de corte adotados pela OMS (WHO, 2000): baixo peso ($\text{IMC} < 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$), eutrófico ($\text{IMC} \geq 18,5$ e $< 25 \text{ kg}/\text{m}^2$) e excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$).

Em relação a saúde mental, a coleta dos dados destinou-se para identificação de sintomas de TD e TB nos adolescentes, utilizando o Questionário M.I.N.I (Mini *International Neuropsychiatric Interview - Brazilian version 5.0.0 - DSM IV*). O M.I.N.I é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida, que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do DSM IV⁶. Os TH classificados de acordo com os critérios diagnósticos do DSM IV e investigados através do M.I.N.I. foram: episódio depressivo maior atual ou recorrente (presente/ausente), episódio depressivo maior com características melancólicas (presente/ausente), episódio de hipomania (presente/ausente), episódio de mania (presente/ausente). Após a investigação dos episódios foi construída a variável dependente “Presença de Transtornos Depressivo ou Bipolar”, considerando a presença de pelo menos um episódio.

Quanto a IC, os dados foram obtidos por meio da utilização da escala de silhuetas proposta por Stunkard *et al.*¹⁷ (1983). A escala foi mostrada aos adolescentes, e estes respondiam a duas perguntas: Qual destas figuras você identifica mais com o seu corpo? Qual destas figuras se parece com o que você gostaria que fosse seu corpo?. Cada adolescente escolheu o número da silhueta que considerou mais semelhante à sua imagem (imagem real) e também, a que gostaria de ser (imagem ideal). Calculou-se a diferença entre a imagem real e a imagem ideal para determinar a SAC. Quando essa diferença era igual a zero, o indivíduo era considerado com SAC; quando era diferente de zero o adolescente era classificado com IAC.

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis incluídas na pesquisa. As variáveis categóricas, exclusivas neste estudo, foram apresentadas através de frequências absolutas e relativas e para estas foi calculado o teste qui-quadrado de Pearson para compará-las com a IC.

Foi construído um Grafo Acíclico Direcionado (DAG) para reunir as referidas variáveis e estabelecer possíveis associações causais entre elas (Figura 1). Para a construção do DAG foi utilizado o Programa *DAGitty*. As variáveis a serem ajustadas de acordo com o DAG foram: estado nutricional, uso de redes sociais, pais separados/divorciados, classe econômica, sexo, sofreu humilhação com piadas sobre o corpo.

A análise estatística foi feita por inferência causal. Para a estimação do efeito causal realizou-se a estimação por meio da ponderação pelo inverso da probabilidade de seleção a partir das variáveis para ajuste do DAG. Verificou-se o balanceamento, através das diferenças padronizadas absolutas ($< 0,25$) das variáveis preditoras entre os grupos com IAC (exposto) e com SAC (não exposto) e das razões de variância, entre 0,80 e 1,20. Foram consideradas

significantes as variáveis com p -valor $<0,05$. Os dados foram analisados no programa estatístico Stata® versão 14.0.

O estudo atendeu aos critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Norma Operacional 001/2013 CNS. Os adolescentes que concordaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto e o TCLE foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, Parecer Consubstanciado número 1.302.489 de 29 de outubro de 2015.

RESULTADOS

Os adolescentes avaliados neste estudo somaram 2.163, com idades de 18 e 19 anos. Do total de adolescentes, 83,63% apresentavam IAC e 21,17% TDB. A presença dos TDB foi significativa ($p<0,05$) em 22,06% dos adolescentes com IAC e de 16,67% naqueles com SAC (Tabela 1).

Em relação ao sexo, 53,34% das meninas e 46,66% dos meninos estavam insatisfeitos com a sua autoimagem. A prevalência de meninos e meninas satisfeitos com a autoimagem foi inferior. No entanto, essa característica entre os gêneros não foi significativa (Tabela 2).

Em relação as características demográficas e socioeconômicas, observou-se dentre os adolescentes com IAC que 50,47% pertenciam ao nível C de classe econômica, 62,69% se declararam pardos, mulatos, caboclos ou morenos e 47,43% tinham pais separados ou divorciados. Quanto as características de estilo de vida, 98,01% destes eram usuários das redes sociais; 16,14% eram usuários de risco de bebidas alcoólicas e apenas 3,59% consumiam tabaco. Estas características demográficas, socioeconômicas e de estilo de vida não apresentaram uma diferença significativa quando comparadas com os adolescentes com SAC (Tabela 2).

Os níveis de atividade física apresentaram diferenças significativas ($p<0,05$) entre os adolescentes, o sedentarismo estava presente em 45,94% naqueles com IAC e 40,40% naqueles com SAC. Além disso, os altos níveis de atividade física estavam presentes em 17,91% nos adolescentes insatisfeitos e 24,58% nos satisfeitos, estes apresentando maiores níveis (Tabela 2).

A prevalência de adolescentes que sofreram humilhação com piadas sobre o corpo foi maior entre aqueles com IAC, destes, 12,11% referiram sofrer às vezes, 3,76% quase sempre e 1,82% sempre. Nos adolescentes satisfeitos estas prevalências foram de 7,91%, 1,69% e

1,13% respectivamente. Tais características apresentaram diferenças significativas ($p < 0,01$) entre os grupos com IAC e SAC.

A classificação do estado nutricional de acordo com o IMC (kg/m^2) apresentou uma diferença significativa ($p < 0,01$). Dentre os adolescentes com IAC, 60,25% eram eutróficos, 17,41% desnutridos e 22,33% com excesso de peso. A prevalência de eutrofia (87,57%) foi superior nos adolescentes com SAC, no entanto a prevalência de desnutrição (8,19%) e de excesso de peso (4,24%) foram inferiores quando comparados com os adolescentes insatisfeitos (Tabela 2).

Com base no teste qui-quadrado de Pearson, observou-se que não houve diferença significativa da IAC com o TD ($p=0,118$) e o TB (0,186). Porém, foi significativa a associação entre a IAC com os TDB (0,023) entre os adolescentes (Tabela 1).

Na análise por inferência causal, foi obtido o balanceamento entre os grupos e observou-se a permutabilidade entre todas as variáveis (Tabela 3). A permutabilidade foi analisada nos três desfechos separadamente: TD, TB e TDB.

De acordo com esta análise, não houve diferença significativa da IAC com os TDB ($p=0,384$, IC:95% -0,309; 0,080), TD ($p=0,782$, IC:95% -0,060; 0,045) e o TB ($p=0,578$, IC:95% -0,032; 0,058) entre os adolescentes (Tabela 4).

DISCUSSÃO

No presente estudo não foi verificado a existência de associação significativa entre a IAC e os TDB nos adolescentes. Atualmente, pesquisas tem evidenciado a associação de risco entre IAC e sintomas de TM, principalmente TD, em adolescentes^{8,9,18}. Entretanto, outros trabalhos, assim como neste estudo não evidenciaram esta associação^{11,12}.

Pouco se sabe sobre a relação entre IAC e o desenvolvimento de TDB em adolescentes, principalmente que fatores poderiam influenciar tal relação. Um estudo transversal conduzido na Suíça, com 15.975 indivíduos, mostrou que jovens de 18 a 29 anos apresentaram associação entre IAC com sintomas de depressão, independente do sexo e do estado nutricional que se encontravam¹⁹. Por outro lado, um estudo de base populacional na Islândia com 11.388 jovens de 16 a 20 anos, mostrou que a IC atuou como mediadora da associação entre estado nutricional e depressão²⁰.

Blashill & Wilhelm⁹ (2014), em estudo longitudinal conduzido ao longo de 13 anos nos Estados Unidos, com 2.139 jovens de 16 a 29 anos, semelhante ao tamanho da amostra deste estudo, revelaram que meninos que tinham peso adequado se viam com baixo peso e relataram níveis mais altos de sintomas de depressão, ao contrário dos meninos que viam com

precisão seu peso. Flores-Cornejo et al.⁸ (2017), em estudo transversal realizado no Peru, com 875 adolescentes de 11 a 17 anos, evidenciaram que aqueles com IAC tinham 3,7 vezes mais propensão a reportarem sintomas depressivos. Dessa forma, esses resultados confrontam com os achados da presente pesquisa

Por outro lado, Bearman *et al.*¹² (2008), não encontraram associação significativa de IAC e sintomas depressivos em meninos americanos, ao avaliarem 428 adolescentes de 12 a 16 anos em estudo transversal, assim como, Rentz-Fernandez *et al.*¹¹ (2017), que não evidenciaram de forma significativa em meninos, ao avaliarem 418 adolescentes de 14 a 18 anos em Florianópolis.

No presente estudo, observou-se que a prevalência de IAC foi elevada entre os adolescentes, mais de 83%, superior as taxas de estudos como o de Pelegrini et al.²¹ (2014) (71,4%), realizado no Brasil, com adolescentes de 16 a 19 anos, e de Marques et al.²² (2016), realizado em Portugal com adolescentes de 12 a 19 anos. Esses dados apontam que a IAC é um grave problema de saúde pública, o que pode repercutir na saúde dos adolescentes gerando despesas nos serviços públicos de saúde, assim como na produtividade na idade adulta²².

Em relação ao sexo, a prevalência de meninas insatisfeitas com a sua autoimagem e com sintomas de TD e TB foi maior, embora essa prevalência não tenha sido estatisticamente significante dentre os adolescentes. Outros estudos apontam diferenças estatísticas entre meninos e meninas. Langoni et al.²³(2012), encontraram níveis 4,6 vezes maiores de IAC nas meninas em comparação aos meninos, assim como Rentz-Fernandez et al.¹¹ (2017), que encontraram maiores taxas em meninas, ao avaliarem 418 adolescentes, de 14 a 18 anos de idade.

Essas taxas superiores de IAC e sintomas de depressão em meninas podem ser explicadas pela maior preocupação com a gordura corporal e pela propensão de jugarem-se gordas em relação aos meninos, reflexo da influência das tendências sociais e culturais que preconizam a magreza exagerada²⁴. As causas da depressão também podem ser explicadas pela forte ação de fatores sociais, psicológicos e biológicos como: a desigualdade social entre os sexos; maior responsabilidade social imposta sobre as mulheres; maior ocorrência de eventos estressantes; influência e modo de educação dos pais; as mudanças hormonais no período da adolescência, menarca e gestação²⁵. Além disso, o processo de modernização, caracterizado pelas mudanças do estilo de vida, relacionados a comportamentos cada vez mais inadequados de atividade física e hábitos alimentares irregulares²⁶.

Em relação aos hábitos de vida, os adolescentes que tinham IAC apresentaram menores níveis de prática de atividades físicas em relação aos adolescentes com SAC. Estudos

tem evidenciado uma relação entre IAC e baixos níveis de atividade física em adolescentes^{10, 27}. Desse modo, verifica-se que a prática de atividades físicas frequentes tem efeitos positivos e benéficos sobre a afetividade e a percepção da IC. Em alguns casos, em detrimento da prática de exercícios físicos, os adolescentes com IAC recorrem a alternativas não saudáveis e de mais rápido acesso como dietas de extrema restrição calórica e uso de substâncias exógenas (anfetaminas, diuréticos e laxantes)²⁷.

Dessa forma, a IAC faz com que o indivíduo socialmente não aceito busque tais alternativas, algumas vezes até cirurgias plásticas, para corrigir o que alguns consideram defeitos⁵.

Os relatos sobre humilhações com piadas sobre o corpo estiveram presentes em maior número nos adolescentes com IAC deste estudo. O uso de piadas ou apelidos entre adolescentes é frequente e serve para enfatizar características negativas do corpo que gostariam de esconder, gerando o preconceito, a marginalização social e depressão⁵.

Silva, Taquette e Coutinho⁵ (2014), ao estudarem a compreensão da percepção da IC entre adolescentes, observaram que os modelos e padrões que a sociedade impõe culturalmente sobre os adolescentes, tem influenciado negativamente na percepção da autoimagem. Com isso, para o adolescente não se sentir excluído, vive em função de padrões estéticos e perde-se na busca de sua identidade.

No que se refere ao estado nutricional, a prevalência de desnutrição e sobrepeso foi maior nos adolescentes com IAC em comparação aqueles com SAC, ao passo que a prevalência de adolescentes insatisfeitos e eutróficos foi inferior àqueles que estavam satisfeitos e eutróficos. Vale destacar que, a IAC aumenta com o sobrepeso e obesidade, e também afeta aqueles adolescentes que estão com um peso adequado²⁸. Dessa forma, deve ser dada atenção não apenas a adolescentes obesos ou com sobrepeso, mas também àqueles que não tem uma boa percepção sobre o seu corpo, pois a IAC pode estar mais associada a prejuízos psicológicos do que ao estado de sobrepeso¹¹.

No entanto, vale destacar que, indivíduos com excesso de peso, principalmente obesos, apresentam sintomas de TB e este grupo, em especial adolescentes sobrepesados, tendem a apresentar altas taxas de IAC²⁸. Pisk et al.²⁹ (2017) avaliaram o impacto da IAC e obesidade com tentativas de suicídio em pacientes que sofrem com TB, concluíram que a IAC atua como um mediador para tentativa de suicídio em pacientes que apresentam TB.

Gomes et al.³⁰ (2011) encontraram altas taxas de suicídio em pacientes sobrepesados e obesos com TB. Dessa forma, pacientes com excesso de peso experimentam maior número de episódios depressivos e maníacos ao longo da vida. Nesses indivíduos, a obesidade está

relacionada a interação social mais baixa, menor bem-estar psicológico, baixa autoestima, menor bem-estar físico geral e à IAC.

Por outro lado, Sanches, Assunção e Hetem³¹ (2005), referem que os TA, caracterizados primordialmente por distorção da percepção da IC são comuns em pacientes com TB. A prevalência de TA é de 6% em pacientes com TB. Dessa forma, pode-se observar que a IAC está presente em pacientes com TB obesos ou com TA, e que mais estudos que investiguem o papel da IAC nesses pacientes são necessários, uma vez que a literatura é escassa de informações sobre essa relação.

Portanto, através do teste qui-quadrado de Pearson foi possível verificar uma associação da IAC com os TDB. No entanto, na análise de inferência causal através da ponderação pelo inverso da probabilidade de seleção esta associação não foi verificada. Nesse sentido, com base no objetivo e na referida análise estatística aplica neste estudo, os dados revelaram que a IAC não exerceu efeito sobre os TDB nos adolescentes.

A maioria dos estudos referidos que trataram da relação da IAC com sintomas de TM, principalmente a depressão, trabalharam com jovens de idades variadas e envolveram indivíduos com menos de 18 anos, como crianças e adolescentes no período da puberdade. Tais características diferem do presente estudo, uma vez que o mesmo se limitou em indivíduos de 18 a 19 anos, idades próximas, e que compreendem o final da adolescência e início da fase adulta, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (1995)³². Dessa forma, a idade foi possivelmente um fator de limitação neste estudo.

Outra limitação deste estudo refere-se ao fato de ser um estudo transversal, em que associações de causa e efeito não podem ser inferidas. De acordo com Gomes et al.³¹ (2011), nesse tipo de estudo, apenas podem ser sucitadas relações entre as variáveis estudadas, sem assumir hipóteses causais entre elas.

Este estudo reuniu pontos fortes que contribuíram para a relevância do mesmo. Destacamos a representatividade da amostra, composta por 2.163 adolescentes; a escassez de trabalhos que avaliaram a associação do efeito da IAC sobre os TD e TB; a utilização da entrevista diagnóstica M.I.N.I., instrumento sensível para avaliação dos principais TM. São escassos estudos que utilizaram o M.I.N.I. com objetivo de estudar a relação dos TD e TB com a IAC em adolescentes. Além disso, a construção e utilização do DAG, reduzindo a chance da ocorrência de vieses de confundimento entre variáveis e a utilização da inferência causal, através da ponderação pelo inverso da probabilidade de seleção, método estatístico criterioso para análise de associações causais, contribuindo para a credibilidade da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. STICE, E., NEMEROFF, C.; SHAW, H. E. Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence of dietary restraint and affect regulation mechanism. *J. Soc. Clin. Psychology*, v. 15, n. 3, p. 340-363, 1996.
2. Neves CM, Cipriani FM, Meireles JFF, Morgado FFR, Ferreira MEC. Imagem corporal na infância: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Paulista Pediatría*. 2017;35(3):331-39. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/>.
3. Lima G, Lima R, Irigon F, Coswig V S. Percepção e satisfação da imagem corporal em meninos e meninas da cidade de Pelota, RS. *Rev Adol Confl*. 2016; 15:88-90. <http://dx.doi.org/10.17921/2176-5626>.
4. Jung J.; Peterson M. Body dissatisfaction and patterns of media use among preadolescent children, *Fam. Cons. Sci. Res. Journal*. 2007, 36: 40-54.
5. Silva M LA, Taquette SR, Coutinho ESF. Sentidos da imagem corporal de adolescentes do ensino fundamental. *Rev. Saúde Pública*, 2014, 48(3), 438-444.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
7. Zhao X, Lynch JG, Chen Q. Reconsidering baron and kenny: myths and truths about mediation analysis. *J Consumer Research*, 2010;37(2):197–206. <https://doi.org/10.1086/651257>.
8. Flores-Cornejo F, Kamego-Tome M, Zapata-Pachas MA, Alvarado GF. Association between body image dissatisfaction and depressive symptoms in adolescents. *Rev Bras Psiq*. 2017;39(4): <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1947>.
9. Blashill JA, Wilhelm S. Body image distortions, weight, and depression in adolescents boys: longitudinal trajectories into adulthood. *Psychol Men Masculinity*. 2014;15(4):445-51. <http://dx.doi.org/10.1037/a0034618>
10. Ansari W, Dibba E, Labeeb S, Stock C. Body image concern and its correlates among male female undergraduate students at Assiut university in Egypt. *G J Health Science*. 2014;6(5):105-17. <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v6n5p105>
11. Rentz-Fernandez AR, Silveira-Viana M, Liz CM, Andrade A. Self-esteem, body image and depression in adolescents with different nutritional conditions. *Rev Salud Pública*, 2017;19(1):66-72. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.47697>
12. Bearman SK, Stice E. Testing a gender additive model: the role of body image in adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;36(8):1251-63. DOI 10.1007/s10802-008-9248-2
13. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM - 5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

14. Moraes RGA, Gon MCC, Zazula R. Transtorno bipolar em crianças e adolescentes: critérios para diagnóstico e revisão de intervenções psicossociais. *Psico*. 2016;47(1):77-87. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.1.19994>.
15. Silva AAM, Coimbra LC, Silva RA, Alves MTSSB, Lamy Filho F, Lamy ZC, et al. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2001, 17, 1412-1423.
16. Barbieri MA, Cardoso VC, Batista RF, Simões VM, Vianna EO. et al. Prevalence of non-communicable diseases in Brazilian children: follow-up at school age of two Brazilian birth cohorts of the 1990's. *BMC Public Health*., 2011, 11, 2011.
17. Stunkard AJ, Sorenson T, Schlusinger F. Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis*. 1983,60:115-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6823524>
18. Amaral ACS, Ferreira MEC. Body dissatisfaction and associated factors among Brazilian adolescents: a longitudinal study. *Body Image*, 2017,22:32-38. Disponível em: www.elsevier.com/locate/bodyimage.
19. Richard A, Rohrmann S, Lohse T, Eichholzer M. Is body weight dissatisfaction a predictor of depression independent of body mass index, sex and age? Results of a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2016;16(1). DOI 10.1186/s12889-016-3497-8.
20. Eidsdotter ST, Kristjansson AL, Sigfusdotter ID, Garber CE, Allegrante JP. Association between higher BMI and depressive symptoms in Icelandic adolescents: the meditational. *Eur J Pub Health*, 2013,24(6):888-92. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt180>.
21. Pelegrini A, Coqueiro RS, Beck CC, Ghedin KD, Lopes AS, Petroski EL. Dissatisfaction with body image among adolescent students: association with socio-demographic factors and nutritional status. *Ciênc Saúde Colet*, 2014,19(4), 1201-08. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.09092012>.
22. Marques MI, Pimenta J, Reis S, Ferreira ML, Peralta L, Santos MI et al. (In) Satisfação com a imagem corporal na adolescência. *Nasc Cresc Rev Ped Centro Hospit Porto*, 2016,25(4):217-221. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo>.
23. Langoni POO, Aerts, DR C, Alves GG, Câmara, SG. Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em adolescentes escolares. *Rev Soc Psico Rio Grande do Sul*, 2012,12(1):23-30. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/44>.
24. Âlgars M, Santtila P, Varjonen M, Witting K, Johansson A, Jern P et al. The Adult body: how age, gender, and body mass index are related to body image. *J Aging and Health*, 2009, 21(8). <https://doi.org/10.1177/0898264309348023>.

25. Baptisma MN, Baptista AS, Oliveira MG. Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? *Temas em Psicologia*, 1999,7(2), 143-156. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>
26. Pelegrini A. Insatisfação corporal associada a indicadores antropométricos em adolescentes de uma cidade com índice de desenvolvimento humano médio a baixo. *Rev Bras Ciênc Esporte*, 2011, 33(3):687-698.
27. Daniel, CG; Guimarães, G; Aerts, DRGC; Rieth, S; Baptista, RR; Jacob, MHVH. Imagem corporal, atividade física e estado nutricional em adolescentes no sul do Brasil. *Aletheia*, 2014, 45: 128-138.
28. Santini AP, Kirsten VR. Relação entre perfil nutricional e a imagem corporal de escolares e adolescentes matriculados em escolas do meio rural da cidade de Santa Maria, RS. *Rev AMRIGS*, 2012,56(1):32-37. Disponível em: http://www.amrigs.org.br/revista/56-1/0000095572-7_939.pdf
29. Pisk SV, Mihanivic M, Filipcic I, Bogovic A, Ruljancic N. The impact of obesity on suicidality among female patients suffering from bipolar affective disorder: the indirect role of body dissatisfaction. *Alcoh Psych Research*, 2017,53(1):5-16. DOI: 10.20471/apr.2017.53.01.01
30. Gomes IEVM, Lima AB, Gerhad ES, Torquato GL, Melo MCA, Cruz NL, Campos RB, Sales TM. Obesidade e risco de suicídio em pacientes bipolares, *Cadernos Esp*, 2011, 5(2): 34-44.
31. Sanches RF, Assunção S, Hetem LAB. Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. *Rev Psiq Clin*, 2005, 32(1): 71-77.
32. World Health Organization (WHO). *Nutrition in adolescence: issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development* Geneva: WHO; 2005.

Figura 1. Grafo acíclico direcionado (DAG) ilustrando a associação entre variáveis com a exposição insatisfação a autoimagem corporal e o desfecho presença dos transtornos depressivo e bipolar.

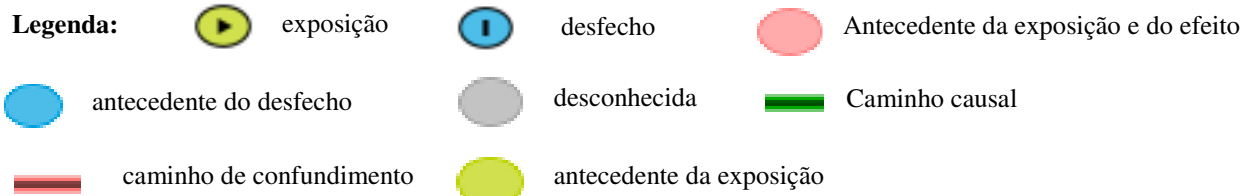
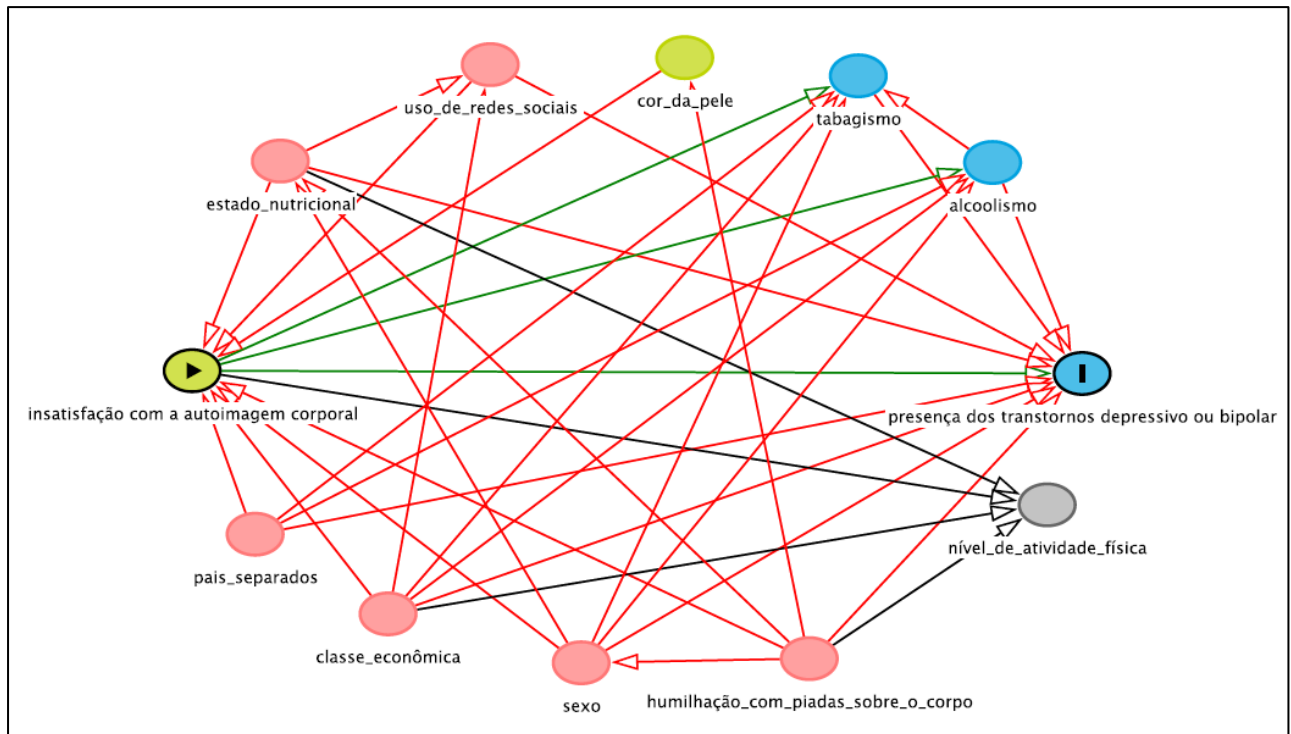


Tabela 1. Características da imagem corporal e dos Transtornos Depressivo e Bipolar nos adolescentes da coorte do consórcio RPS, 2017.

VARIÁVEIS	Imagem Corporal				* valor P
	Insatisfeitos		Satisfeitos		
	n	%	n	%	
Transtorno Depressivo					0,118
Presente	267	14,76	41	11,58	
Ausente	1.542	85,24	313	88,42	
Transtorno Bipolar					0,186
Presente	224	12,38	35	9,89	
Ausente	1.585	87,62	319	90,11	
Transtornos Depressivo e Bipolar					0,023
Presente	399	22,06	59	16,67	
Ausente	1.410	77,94	295	83,33	

*valores de P <0,05 indicam significância; Teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 2. Características demográficas, socioeconômicas, estilo de vida, eventos estressores e do estado nutricional dos adolescentes da coorte do consórcio RPS, 2017.

VARIÁVEIS	Imagem Corporal				***valor P
	Insatisfeitos		Satisfeitos		
	n	%	n	%	
Sexo					0,338
Masculino	844	46,66	175	49,44	
Feminino	965	53,34	179	50,56	
*CLASSE ECONÔMICA					0,986
A	75	4,15	16	4,52	
B	459	25,37	90	25,42	
C	913	50,47	176	49,72	
D+E	362	20,01	72	20,34	
COR DA PELE					0,668
Branca	376	20,78	66	18,64	
Preta/Negra	297	16,42	64	18,08	
Parda/Mulata/Cabocla/Morena	1.134	62,69	224	63,28	
Amarelo/Oriental	2	0,11	0	0,0	
PAIS SEPARADOS/DIVORCIO					0,386
Não	951	52,57	195	55,08	
Sim	858	47,43	159	44,92	
USA REDES SOCIAIS					0,102
Não	36	1,99	12	3,39	
Sim	1.773	98,01	342	96,61	
ALCOOLISMO					0,362
Baixo	1.449	80,10	293	82,77	
Uso de risco	292	16,14	47	13,48	
Uso nocivo	45	2,49	7	1,98	
Provável dependência	23	1,27	7	1,98	
TABAGISMO					0,850
Não	1.744	96,41	342	96,61	
Sim	65	3,59	12	3,39	
NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA					0,023
Sedentário	831	45,94	143	40,40	
Baixo	210	11,61	36	10,17	
Moderado	444	24,54	88	24,86	
Alto	324	17,91	87	24,58	

SOFREU HUMILHAÇÃO COM PIADAS SOBRE O CORPO					0,006
Nunca	1.153	63,74	260	73,45	
Raramente	336	18,57	56	15,82	
Às vezes	219	12,11	28	7,91	
Quase sempre	68	3,76	6	1,69	
Sempre	33	1,82	4	1,13	
ESTADO NUTRICIONAL					0,000
Eutrofia	1.090	60,25	310	87,57	
Desnutrição	315	17,41	29	8,19	
Excesso de peso	404	22,33	15	4,24	

*Classificação Econômica Brasil (sendo a classe A a mais rica e escolarizada e a classe E a mais pobres e menos instruída, **baseado no IMC (índice de Massa Corporal) (kg/m²) (WHO, 2000), ***valores de P<0,05 indicam significância, Teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3. Balanceamento das variáveis por ponderação com score de propensão na amostra. Diferenças padronizadas e razões de variância e valores brutos e ponderados.

VARIÁVEIS	*Diferenças Padronizadas		**Razão de Variância	
	Valor Bruto	Valor Ponderado	Valor Bruto	Valor Ponderado
Total				
Sofreu humilhação com piadas sobre o corpo				
Raramente	0,072	0,089	1,133	1,175
Às vezes	0,140	-0,036	1,457	0,918
Quase sempre	0,126	0,008	2,166	1,047
Sempre	0,057	0,015	1,599	1,129
Usa Redes Sociais	-0,086	-0,078	0,594	0,641
Pais separados/divorcio	0,050	-0,002	1,005	0,999
***Estado Nutricional				
Desnutrição	0,278	-0,007	1,907	0,985
Excesso de Peso	0,552	0,030	4,264	1,050
Sexo	0,055	0,115	0,993	1,000
****Classe Econômica				
B	-0,001	0,021	0,996	1,025
C	0,015	0,012	0,997	0,999
D+E	-0,008	-0,069	0,985	0,908

*valores próximos a 0 (zero) indicam semelhança entre os grupos; **valores próximos a 1 (um) indicam semelhança entre os grupos. ***baseado no IMC (índice de Massa Corporal) (kg/m²) (WHO, 2000); ****Classificação Econômica Brasileira.

Tabela 4. Efeito da Insatisfação com a autoimagem corporal nos Transtornos Depressivo e Bipolar em adolescentes, ponderado pelo inverso da probabilidade de seleção.

Satisfação com a autoimagem vs Insatisfação com autoimagem					
	Coefficiente	Erro Padrão	Z	*Valor de P	IC (95%)
Transtorno Depressivo					
Total	-0,007	0,026	-0,28	0,782	-0,060; 0,045
Transtorno Bipolar					
Total	0,013	0,023	0,56	0,578	-0,032; 0,058
Transtornos Depressivo e Bipolar					
Total	0,024	0,028	0,87	0,384	-0,309; 0,080

*valores de P <0,05 indicam significância

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde-se verificar que a frequência de adolescentes com IAC foi superior à de estudos nacionais e internacionais. Assim como, foi maior a frequência de adolescentes com IAC e que tinham TDB em relação àqueles com SAC e que também apresentavam os transtornos.

Além disso, os adolescentes com IAC apresentaram maiores frequências de desnutrição e excesso de peso. Diante disso, ressalta-se a importância da atenção que deve ser prestada pelos serviços de saúde para o acompanhamento psicológico e nutricional de jovens que apresentam o peso inadequado, principalmente o excesso de peso.

Verificou-se que os adolescentes com IAC apresentaram menores níveis de atividade física em relação àqueles com SAC. Dados semelhantes são encontrados por outros estudos, o que reforça a importância que o estímulo e a prática de exercícios físicos desempenham para uma melhor percepção da IC e conseqüentemente na saúde do adolescente.

A frequência de adolescentes com IAC e que sofreram ou sofrem humilhações com piadas sobre o corpo foi maior em relação ao grupo com SAC. Esse achado mostra a influência que o preconceito pode interferir na percepção da IC nos adolescentes. Com isso, ações de conscientização e prevenção de atitudes preconceituosas ou *bullying* devem ser inseridas principalmente nas escolas envolvendo as crianças e os adolescentes.

Através da análise de associação pelo teste qui-quadrado de Pearson foi possível verificar uma associação da IAC com os TDB. No entanto, na análise de inferência causal através da ponderação pelo inverso da probabilidade de seleção esta associação não foi verificada. Dessa forma, com base no objetivo geral desta pesquisa, os dados revelaram que a IAC não exerceu efeito sobre os TDB nos adolescentes estudados.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV**. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM - 5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANSARI, W. E.; DIBBA, E.; LABEEB, S.; STOCK, C. Body image concern and its correlates among male and female undergraduate student at Assiut university in Egypt. *G. J. Health Science*, v. 6, n. 5, 2014.
- AVALOS, L. C.; TYLKA, T. L. Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal Counseling Psychology*, v. 53, n. 4, p. 486-497, 2006.
- AVALOS, L., TYLKA, T. L., & WOOD-BARCALOW, N. The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, v. 2, n. 2, p. 285-297, 2005.
- AZEVEDO, A. P. Dismorfia muscular: A busca pelo corpo hiper musculoso. *Motricidade*, v. 8, n. 1, p. 53-66, 2012.
- BAAD, V. M.A.; FULCO, M. V. F.; PITANGUI, A. C. R.; MENDES, M. L. M.; MESSIAS, C. M. B. O. Comportamento de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares associados à imagem corporal e o estado nutricional em adolescentes de uma escola pública. *Adolesce. Saúde*, v. 13, n. 4, p. 42-48, 2016.
- BANFIELD, S. S.; MCCABE, M. P. An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, v. 37, n. 146, p. 373-393, 2002.
- BARBIERI, M. A.; CARDOSO, V. C.; BATISTA, R. F.; SIMÕES, V. M.; VIANNA, E. O. et al. Prevalence of non-communicable diseases in Brazilian children: follow-up at school age of two Brazilian birth cohorts of the 1990's. *BMC Public Health*, v. 11, 2011.
- BELFER, M. L. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J. Child. Psychol. Psychiatry*, v. 49, n. 3, p. 226-36, 2008.
- BLASHILL, J. A.; WILHELM, S. Body image distortions, weight, and depression in adolescent boys: longitudinal trajectories into adulthood. *Psychol. Men Masc*, v. 15, n. 4, p. 445-51, 2014.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Cidades**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=211130&search=maranhao|ao-luis|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 10 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, 2010 [Acesso em: 14 ago. 2017]. 132 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf

BUCCHIANERI, M. M. et al. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. **Body Image**, n. 10, p. 1-7, 2013.

BYEON, H. Association between weight misperception patterns and depressive symptoms in Korean young adolescents: national cross-sectional study. **Plos One**, v. 10, n. 8, 2015.

CAMPAGNA, V. N.; SOUZA, A. S. L. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 56, n. 124, p. 9-35, 2006.

CARNEIRO, A. M.; DOBSON, K. S. Tratamento cognitivo-comportamental para depressão maior: uma revisão narrativa. **Rev Bras Terap. Cognitivas**, v. 12, n. 1, p. 42-49, 2016.

CASH, T. F.; PRUSINKY, T. Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives. In: CASH, T. F.; PRUSINKY, T. **Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**. New York: Guilford Press, cap.1, p.3-13, 2002.

CHENIAUX, E. **Manual de Psicopatologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

CHOI, E.; CHOI, I. The associations between body dissatisfaction, body figure, self-esteem, and depressed mood in adolescents in the United States and Korea: A moderated mediator analysis. **Journal of Adolescence**, v. 53, p. 249-259, 2016.

CONTI, M. A. Os aspectos que compõem o conceito de imagem corporal pela ótica do adolescente. **Rev. Bras. Cres. Desen. Hum.**, v. 18, n. 3, p. 240-253, 2008.

COOK, S. J., MACPHERSON, K.; LANGILLE, D. B. Far from ideal: weight perception, weight control, and associated risky behavior of adolescent girls in Nova Scotia. **Canadian Family Physician**, v. 53, n. 4, p. 678-684, 2007.

CORSEUIL, M. W; PELEGRINI, A.; BECK, C.; PETROSKI, E. L. Prevalência de insatisfação com a imagem corporal e sua associação com a inadequação nutricional em adolescentes. **Revista de Educação Física**; Maringá, PR, v. 20, n. 1, p. 25-31, 2009.

CORTÊS, M. G.; MEIRELES, A. L.; FRICHE, A. A. L.; CAIAFFA, W. T.; XAVIER, C. C. O uso de escalas de silhuetas na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão sistemática da literature. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 427-444, 2013.

CORTES, T. R.; FAERSTEIN, E.; STRUCHINER, C. J. Utilização de diagramas causais em epidemiologia: um exemplo de aplicação em situação de confusão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p.1-13, 2016.

CORTÉS-MARTINEZ, G.; VALLEJO DE LA CRUZ, N. L.; PÉREZ-SALGADO, D.; ORTIZ-HERNANDEZ, L. Utilidad de silhuetas corporales en la evaluación del estado nutricional en escolares y adolescentes de la Ciudad de México. **Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.**, v. 66, n. 6, p. 511-521, 2009. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22964>

COSTA, T. I. S. T. **Percepção da imagem corporal, composição corporal e atividade física em jovens adultos**. 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desporto) - Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro Vila Real, Vila, Vila Real, 2012.

CRIVELATTI, M. M. B.; DURMAN, S.; HOFSTATTER, L. M. Sofrimento psíquico na adolescência. **Text. Context. Enferm.**, v. 15, p. 64-70, 2006.

DANIEL, C. G.; GUIMARÃES, G.; AERTS, D. R. G. C.; RIETH, S.; BAPTISTA, R. R.; JACOB, M. H. V. H. Imagem corporal, atividade física e estado nutricional em adolescentes no sul do Brasil. **Aletheia**, v. 45, p. 128-138, 2014.

DEL CIAMPO, L. A.; DEL CIAMPO, I. R. L. Adolescence and body image. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 55-59, 2010.

DUCHESNE, A.; DION, J.; LALANDE, D.; BEGIN, C.; ÉMOND, C.; LALANDE, G.; McDUFF, P. Body dissatisfaction and psychological distress in adolescents: Is self-esteem a mediator?. **J. Health Psychology**, v. 22, n. 12, p. 1-7, 2016.

DUMITH, S.; MENEZES, A.; BIELEMANN, R.; PETRESCO, S.; SILVA, I.; LINHARES, R.; AMORIM, T.; DUARTE, D.; ARAÚJO, C.; SANTOS, J. Insatisfação corporal em adolescentes: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, 2499-2505, 2012.

ELMSLIE, J. L.; SILVERSTONE, J. T.; MANN, J. I.; ROMANS, S. E. Prevalence of overweight and obesity in bipolar patients. **J. Clin Psychiatry**, v. 61, n. 6, p. 179-184, 2000.

FAGIOLINI, A.; FRANK, E.; HOUCK, P. R. et al. Prevalence of obesity and weight change during treatment in patients with bipolar I disorder. **J Clin Psychiatry**, v. 63, n. 6, p. 528-533, 2002.

FERRARI, E. P.; MINATTO, G.; BERRIA, J. et al. Body image dissatisfaction and anthropometric indicators in male children and adolescents. **Eur. J. Clin. Nutrition**, v. 69, n. 10, p. 1140-1144, 2014.

FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. **Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de Fora, MG, Editora da UFJF, 2014. Disponível em: <http://www.ufjf.br/editora/imagem-corporal-reflexoes-diretrizes-e-praticas-de-pesquisa/>

FERREIRO, F.; SEOANE, G.; SENRA, C. Toward understanding the role of body dissatisfaction in the gender differences in depressive symptoms and disordered eating: A longitudinal study during adolescence. **J. Adolescence**, v. 37, n. 1, p. 73-84, 2014.

FLORES-CORNEJO, F.; KAMEGO-TOME, M.; ZAPATA-PACHAS, M. A.; ALVARADO, G. F. Association between body image dissatisfaction and depressive symptoms in adolescents. **Rev. Bras. Psiq.**, n. 39, v. 4, 2017.

GARNER, D. M. Body image and anorexia nervosa. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice**. New York, NY: Guilford Press, p. 295-303, 2002.

GAVIN, A. R.; SIMON, G. E.; LUDMAN, E. J. The association between obesity, depression, and educational attainment in women: the mediating role of body image dissatisfaction. **J. Psychosom. Res**, v. 69, n. 6, p. 573-581, 2010.

GLADSTONE, T. R. G.; BEARDSLEE, W. R.; O'CONNOR, E. E. The prevention of adolescent depression. **Psych. Clin. North America**, v. 34, n. 1, 35-52, 2011.

GOLDSTEIN, B. I.; BLANCO, C.; HE, J.; MERIKANGAS, K. Correlates of overweight and obesity among adolescents with bipolar disorder in the national comorbidity survey—adolescent supplement (NCSA). **J. Am. Acad. Child Adol Psychi**, v. 55, n. 12, p. 1020-1026, 2016.

GOMES, I. E. V. M; LIMA, A. B; GERHAD, E. S; TORQUATO, G. L; MELO, M. C. A; CRUZ, N. L; CAMPOS, R. B; SALES, T. M. Obesidade e risco de suicídio em pacientes bipolares. **Cadernos Esp**, v. 5, n. 2, p. 34-44, 2011.

GOODWIN, G. M. Bipolar disorder. **Medicine**, v. 40, p. 596-8, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181562/>

GORE, F. M.; BLOEM, P. J.; PATTON, G. C.; FERGUSON, J.; JOSEPH, V.; COFFEY, C. et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. **Lancet**, v. 377, n.9783, p. 2093-102, 2011.

GRALHA, C. Z.; MATOS, C.; SOUZA, C. G. S.; PASKULIN, J. T. A.; MURGEL, L.; TORRES, M. B.; COELHO, N. Formation of body image in children and adolescents and their relationship with eating disorders. **Publ. CEAPIA**, v. 25, n. 25, p. 17-23, 2016.

GRANDE, I., BERK, M., BIRMAHER, B., VIETA, E. Bipolar disorder. **Lancet**, v. 387, n. 10027, p. 1561-1572, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26388529>

GRAUP, S.; PEREIRA, E. F.; LOPES, A. S.; ARAÚJO, V. C.; LEGNANI, R. F. S.; BORGATTO, A. F. Associação entre a percepção da imagem corporal e indicadores antropométricos de escolares. **Rev. bras. Educ. Fis. Esp**, v. 22, n. 2, p. 129-38, 2008.

GRIFFITHS, S.; HAY, P.; MITCHISON, D. et al. Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. **Aust NZ J Public Health**, v. 40, n. 6, 2016.

HALLIWELL, E.; DITTMAR, H. A qualitative investigation of women's and men's body image concerns and their attitudes toward aging. **Sex Roles**, v. 49, n.11-12, p. 675-684, 2003.

HATAMI, M. et al. Relationship between body image, body dissatisfaction and weight status in Iranian adolescents. **Arch. obesity**, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2015.

HOLMQVIST, K.; FRISÉN, A. "I bettheyaren'tthatperfect in reality:" appearance ideals viewed from the perspective of adolescents with a positive body image. **Body Image**, v. 9, n. 3, p. 388-95, 2012.

HOLSEN, I.; JONES, D. C.; BIRKELAND, M. S. Body image satisfaction among Norwegian adolescents and Young adults: A longitudinal study of the influence of interpersonal relationships and BMI. **Body Image**, v. 9, n. 2, p. 201-208, 2012.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/historico>.

JOHNSON, F.; WARDLE, J. Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. **J. Abnormal Psychol**, v. 114, n. 1, p. 119-125, 2005.

JUNG, J.; PETERSON, M. Body dissatisfaction and patterns of media use among preadolescent children. **Fam. Cons. Sci. Res. Journal**, v. 36, p. 40-54, 2007.

KONRADT, C. E.; JANSEN, K.; MAGALHÃES, P. V. S. et al. Early trauma and mood disorders in youngsters. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 40, n. 3, p. 93-96, 2013.

LANGONI, P. O. O.; AERTS, D. R. G. C.; ALVES, G. G.; CÂMARA, S. G. Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em adolescentes escolares. **Rev. Soc. Psicol. Rio Grande do Sul**, v. 12, n. 1, p. 23-30, 2012.

LAUS, M. F.; KAKESHITA, I. S.; COSTA, T. M. B.; FERREIRA, M. E. C et al. Body image in Brazil: recent advances in the state of knowledge and methodological issues. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 331-346, 2014.

LEGEY, S.; LAMEGO, M. K.; LATTARI, E. et al. Relationship among body image, anthropometric parameters and mental health in physical education students. **Clin. Pract. Epid. Mental Health**, v. 12, 177-187, 2016.

LEWINSOHN, P. M.; ROHDE, P.; SEELEY, J. R.; KLEIN, D. N.; GOTLIB, I. H. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. **Am. J. Psychiatry.**, v. 157, n. 10, p. 1584-91, 2000.

LIMA, G.; LIMA, R.; IRIGON, F.; COSWIG, V. S. Percepção e satisfação da imagem corporal em meninos e meninas da cidade de Pelota, RS. **Rev. Adol Confl.**, v. 15, p. 88-90, 2016.

LIPWORTH, L.; MCLAUGHLIN, J. K. Excess suicide risk and other external causes of death among women with cosmetic breast implants: a neglected research priority. **Curr. Psy. Rep**, v. 12, n. 3, p. 234- 238, 2010.

MALTA, D. C.; ANDREAZZI, M. A.; OLIVEIRA-CAMPOS, M.; ANDRADE, S. S.; SÁ, N. N.; MOURA, L.; DIAS, A. J.; CRESPO, C. D.; SILVA JÚNIOR, J. B. Trend of the risk and protective factors of chronic diseases in adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2009 e 2012). **Rev. Bras. Epid.**, v. 17, n. 1, p. 77-91, 2014.

MARQUES, F. A.; LEGAL, E. J.; HÖFELMANN, D. A. Body dissatisfaction and common mental disorders in adolescents. **Rev. Paul. Ped.**, v. 30, n. 4, p. 553-561, 2012.

MARQUES, F. A.; LEGAL, E. J.; HÖFELMANN, D. A. Insatisfação corporal e transtornos mentais comuns em adolescents. **Rev. Paul. Pediatr**, v. 30, n. 4, p. 553-61, 2012.

- MATOS, S.; COSTA, B.; MACHADO, C. M. T. O corpo e a imagem corporal em adolescentes: perspectivas a partir do cuidado integral à saúde. **Adolesc. Saúde**, v. 11, n. 2, p. 19-24, 2014.
- MELO, A. K. Depression in adolescents: Review of the literature and the place of phenomenological research. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 37, n. 1, p. 18-34, 2017.
- MELO, A. K; MOREIRA, V. SIEBRA, A. J. Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. **Psicol. Ciên. Profiss.**, v. 37, n.1, p. 18-34, 2017.
- MITCHISON, D.; HAY, P.; GRIFFITHS, S.; MURRAY, S. B.; BENTLEY, C.; GRATWICK-SARLL, K.; HARISSON, C.; MOND, J. Disentangling body image: the relative associations of overvaluation, dissatisfaction, and preoccupation with psychological distress and eating disorders behaviors in male and female adolescents. **Int. J. Eating Disorders**, v. 50, n. 2, p. 118-126, 2017.
- MORAES, R. G. A.; GON, M. C. C.; ZAZULA, R. Transtorno bipolar em crianças e adolescentes: critérios para diagnóstico e revisão de intervenções psicossociais. **Psico**, v. 47, n.1, p. 77-87, 2016.
- MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 497-509, 2011.
- NEVES, C. M.; CIPRIANI, F. M.; MEIRELES, J. F. F.; MORGADO, F. F. R.; FERREIRA, M. E. C. Imagem corporal na infância: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Paul. Ped.**, v. 35, n. 3, p. 331-39, 2017.
- NEVES, M. C. C.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 56, n. 4, p. 237-244, 2007.
- NUNES, M. A.; OLINTO, M. T.; BARROS, F. C.; CAMEY, S. Influence of body mass index and body weight perception on eating disorders symptoms. **Rev. Bras Psiqu.**, v. 23, n. 1, p. 21-7, 2001.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** – 10ª revisão. São Paulo: EDUSP, 2000.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (1992). **Classificação estatística internacional de doenças** (10ª ed.). São Paulo: EDUSP, 1992.
- PADESKY, C. A.; BECK, A. Mind, man and mentor. In: LEAHY, R.L.; editor. **Contemporary cognitive therapy – Theory, research and practice**. Ney York: The Guilford Press, chapter 1, p. 3-24, 2006.
- PAXTON, S. J.; NEUMARK-SZTAINER, D.; HANNAN, P. J.; EISENBERG, M. E. Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. **J. Clin. Child. Adol. Psychol.**, v. 35, n., p. 539–549, 2006.

PELLIZER, M. L.; TIGGEMANN, M.; WALLER, G.; WADE, T. D. Measures of body image: confirmatory factor analysis and association with disordered eating. **Psychol. Assessment**, v. 30, n. 2, p. 143-153, 2018.

PETROSKI, E. L.; PELEGRINI, A.; GLANER, M. F. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. **Ciê. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 1071-1077, 2012.

PISK, S. V.; MIHANIVIC, M.; FILIPCIC, I.; BOGOVIC, A.; RULJANCIC, N. The impact of obesity on suicidality among female patients suffering from bipolar affective disorder: the indirect role of body dissatisfaction. **Alcoh. Psych. Research**, v. 53, n. 1, p. 5-16, 2017.

RICCIARDELLI, L. A.; MCCABE, M. P.; BANFIELD, S. Sociocultural influences on body image and body changes methods. **J. Adolesc Health**, v. 26, p. 3-4, 2000.

ROBERT-MCCOMB, J. J. Body image concerns throughout the lifespan. In: J. J. ROBERT-MCCOMB (Ed.). **The active female: Health issues throughout the lifespan**. Totowa, NJ: Humana Press, p. 3-15, 2008.

RODGERS, R. F.; PAXTON, S. J.; CHABROL, H. Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: a sociocultural model. **Body Image**, v. 6, n. 4, p. 171-177, 2009.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SALLIS, J. F.; STRIKMILLER, P. K.; HARSHA, D. W.; FELDMAN, H. A.; EHLINGER, S.; STONE, E. J. Validation of interviewer and self-administered physical activity checklists for fifth grade students. **Med Sci Sports Exerc**, v. 28, n. 7, p. 840-51, 1996.

SANCHES, R. F.; ASSUNÇÃO, S.; HETEM, L. A. B. Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. **Rev Psiq Clin**, v. 32, n. 01, p. 71-77, 2005.

SANTINI, A. P.; KIRSTEN, V. R. Relação entre perfil nutricional e a imagem corporal de escolares e adolescentes matriculados em escolas do meio rural da cidade de Santa Maria, RS. **Rev AMRIGS**, v. 56, n. 1, p. 32-37, 2012. Disponível em: http://www.amrigs.org.br/revista/56-1/0000095572-7_939.pdf

SAUR, A. M.; PASIAN, S. R. Satisfaction with body image in adults of different body weights. **Aval Psicol**, v. 7, p. 199-209, 2008.

SCAGLIUSI, F. B. et al. Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. **Appetite**, v. 47, n. 1, p. 77-82, 2006.

SERRETTI, A.; MANDELLI, L. The genetics of bipolar disorder: genome "hot regions", genes, new potential candidates and future directions. **Mol Psychiatry**, v. 13, n. 8, p. 742-71, 2008.

SHAFRAN, R.; FARBURN, C. G.; ROBINSON, P.; LASK, B. Body checkin and its avoidance in eating disorders. **Int J. Eating Disorders**, v. 35, n. 1, p. 93-101, 2004.

SHRIER, I.; PLATT, R. W. Reducing bias through directed acyclic graphs. **BMC medical research methodology**, v. 8, n. 1, p. 1, 2008.

SILVA, A. A. M.; COIMBRA, L. C.; SILVA, R. A.; ALVES, M. T. S. S. B.; LAMY FILHO F.; LAMY, Z. C. et al. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, p. 1412-1423, 2001.

SILVA, A. M.B.; MACHADO, W. L.; BELLODI, A. C.; CUNHA, K. S.; ENUMO, S. R. F. Jovens insatisfeitos com a imagem corporal: estresse, autoestima e problemas alimentares. **Psico-USF**, v. 23, n. 3, p. 483-95, 2018.

SILVA, M. L. A.; TAQUETTE, S. R.; COUTINHO, E. S. F. Sentidos da imagem corporal de adolescentes do ensino fundamental. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 3, 438-444, 2014.

STICE, E., NEMEROFF, C.; SHAW, H. E. Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence of dietary restraint and affect regulation mechanism. **J. Soc. Clin. Psychology**, v. 15, n. 3, p. 340-363, 1996.

STROUS, R. D. et al. Medical student's self-report of mental health conditions. **Int. J. Med. Educ.**, v. 3, p.1-5, 2012.

STUNKARD, A. J.; SORENSON, T.; SCHLUSINGER F. Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In: KETY, S. S.; ROWLAND, L. P.; SIDMAN, R. L.; MATTHYSSE, S. W. The genetics of neurological and psychiatric disorders. New York, NY: Raven, p. 115-120, 1983.

TAVARES, M. C. G. C. F. Imagem corporal – Conceito e desenvolvimento. São Paulo. Editora Manole, 2003.

THOMPSON, J. K.; COOVERT, M. D.; STORMER, S. Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. **Int. J. Eating Disorders**, v. 26, n. 1, p. 43-51, 1999.

TSENG, M. M.; CHANG, C.; CHEN, K.; LIAO, S.; CHEN, H. Prevalence and correlates of bipolar disorders in patients with eating disorders. **J. Affective Disorders**, v. 190, 2016. Disponível em: [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(15\)30825-9/fulltext](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(15)30825-9/fulltext).

UCHÔA, F. N. M.; LUSTOSA, R. P.; ROCHA, M. T. L.; DANIELE, T. M. C.; ARANHA, A. C. M. Causas e implicações da imagem corporal em adolescentes: um estudo de revisão. **Cinergis**, v. 16, n. 4, p. 292-298, 2015.

VAN METER, A. R.; MOREIRA, A. L.; YOUNGSTROM, E. A. Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. **J Clin Psychiatry**, v. 72, n. 9, p. 1250-6, 2011.

VASCONCELOS, I. E.; GOMES, M.; LIMA, A. B.; GERHARD, E. S. et al. Obesidade e risco de suicídio em pacientes bipolares. **Cad. Esp**, v. 5, n. 2, 2011.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil**. Rio de Janeiro. Flacso Brasil, 2014. Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014>

World Health Organization - WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of the WHO Consultation on Obesity. Geneva: 2000. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

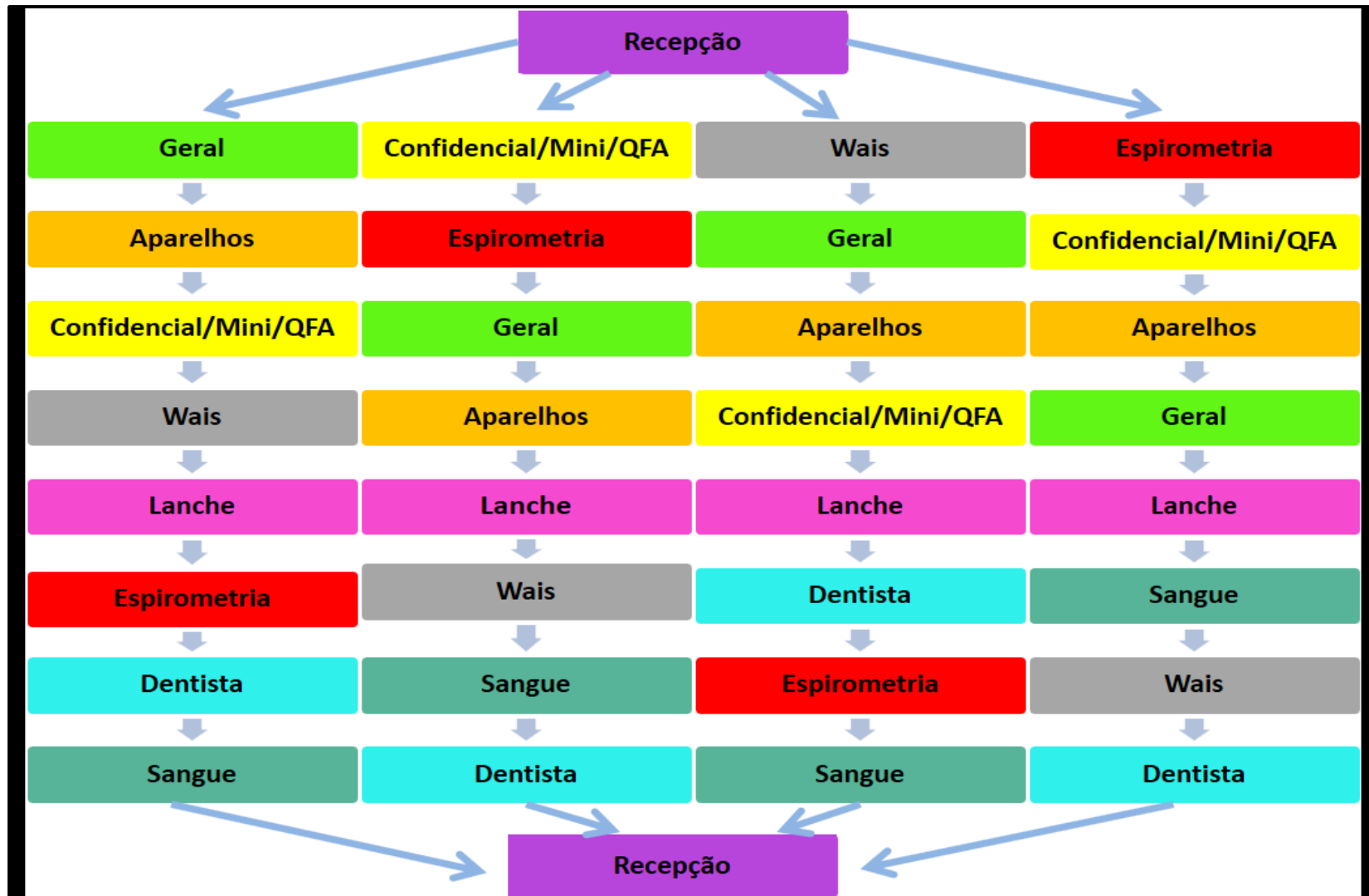
World Health Organization - WHO. **Fact sheet depression**, 2016. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/

World Health Organization (WHO). **Nutrition in adolescence: issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development.** Geneva: WHO; 2005.

ZHAO, X.; LYNCH, J. G.; CHEN, Q. Reconsidering Baron and Kenny: myths and truths about mediation analysis. **J. Cons. Research**, v. 37, n. 2, p.197–206, 2010.

ANEXOS

ANEXO A – ESTAÇÕES SEQUENCIAS PARA A COLETA DE DADOS DA PESQUISA



ANEXO B - QUESTIONÁRIO GERAL I

Confidential

Coorte NPS
Page 1 of 31

Questionario Geral 1

Chave do participante _____

Entrevistador:

- Amy Iuiry Lopes Cruz
- Ana Caroline Abreu Araujo
- Aline Oliveira Diniz
- Lidia Maria Castro Rolim
- Liliane dos Santos Rodrigues
- Camila Dominici
- Camila Rolim
- Edivaldo Pinheiro
- Thanielle Pereira
- Ana Caroline Mendes Ramos
- Leticia Michelly Mugnaini
- Rafael Ferreira Nunes
- Emanuel Catarino Serra
- Bianca Victoria de Fátima
- Lucélia de Jesus Pinheiro
- Jacileia Silva dos Santos
- Monica Araujo Batalha
- Rafael Oliveira da Costa Pinto
- Alenice Balata
- Eulina Trindade Costa
- Livia Lima Costa
- Elisa Miranda Costa
- Ana Carolina Ribeiro
- Pollyana Oliveira Marinho
- Livia dos Santos Rodrigues
- Elizama Conceição Rocha
- Carlos Cássio Carneiro Silva

Início: _____

Você é [nome_crianca]?

- Sim
- Não

Início questionário geral 1

BLOCO B - ESTUDOS


VAMOS COMEÇAR ESTA ENTREVISTA FALANDO SOBRE SEUS ESTUDOS.

D001. Você está estudando atualmente?

- Sim
- Não

D002a. Em que ano você está?

- EJA/PEJA
- Pré-Vestibular

11/01/2016 15:25 www.projectredcap.org 

Confidential

Page 3 of 31

D021. De modo geral, você tem dinheiro suficiente para os seus gastos? (ler opções)

- Não
 Muito pouco
 Mais ou menos
 Bastante/suficiente
 Completamente

SL002. Você está procurando emprego?

- Sim
 Não

BLOCO D - FAMÍLIA, MORADIA E RENDA

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA FAMÍLIA E QUEM MORA COM VOCÊ

D023a. Qual a sua situação conjugal? Você está...? (ler opções)

- Solteiro(a)
 Casado(a)
 Morando com companheiro(a)
 Separado(a) ou divorciado(a)
 Viúvo(a)

SL003. Qual a cor da sua pele?

- Branca
 Preta/negra
 Parda/mulata/cabocla/morena
 Amarelo/oriental
 Indígena
 Não Sabe

SL004. Você tem alguma religião ou culto?

- Sim
 Não
 Não sabe

SL005 Qual a sua religião:

- Católica
 Evangélica. Ex: Batista, Assembléia de deus, Bethesda, Universal, Adventistas, Testemunha de Jeová, Luterana.
 Espírita/Kardecista
 Umbanda/Candomblé
 Judaica
 Orientais. Ex: Budista
 Outra.
 Não sabe

Qual?

D024. Contando com você, quantas pessoas moram na casa que você vive? (considere apenas as pessoas que moram na casa há pelo menos 3 meses)

EU GOSTARIA QUE VOCÊ ME DISSESSE O NOME, PARENTESCO COM VOCÊ E IDADE DE CADA UMA DESTAS PESSOAS

D024a. Nome Completo (Morador 1):

Page 7 of 31

< 1 ano
 Não sabe

D024i. Nome Completo (Morador 9): _____

D024i-1. Relação de parentesco ([geral_d024i])

Mãe natural
 Pai natural
 Mãe social
 Pai social
 Marido/companheiro
 Esposa/companheira
 Filho(a)
 Irmão(o)
 Avó(ô)
 Tio(a)
 outro parentesco
 sem parentesco
 Não sabe

D024i-2. Idade ([geral_d024i]): _____

(anos)

< 1 ano
 Não sabe

D024j. Nome Completo (Morador 10): _____

D024j-1. Relação de parentesco ([geral_d024j])

Mãe natural
 Pai natural
 Mãe social
 Pai social
 Marido/companheiro
 Esposa/companheira
 Filho(a)
 Irmão(o)
 Avó(ô)
 Tio(a)
 outro parentesco
 sem parentesco
 Não sabe

D024j-2. Idade ([geral_d024j]): _____

(anos)


< 1 ano
 Não sabe

D025. Seus pais são separados/divorciados?

Sim
 Não

D025a. Que idade você tinha quando seus pais se separaram?

Nascido depois de se separarem
 Separação foi antes de 1 ano de idade
 Os pais nunca viveram juntos
 Não sabe

11/10/2016 15:25 www.projectredcap.org 

D027. A sua mãe natural está viva ou é falecida?

- Viva
 Faleceu
 Desconheço

D028. Desde que idade você não mora com os seus pais ou responsáveis legais?

_____ (anos)

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA CASA E ALGUMAS COISA QUE VOCÊS TÊM

D029. Vocês têm televisão em casa?

- Sim
 Não

D029a. Quantas?

_____ (TV(s))

- Não sabe

D030. Vocês têm rádio?

- Sim
 Não

D030a. Quantos?

_____ (radio(s))

- Não sabe

D031. Vocês têm carro?

- Sim
 Não

D031a. Quantos?

_____ (carro(s))

- Não sabe

D032. Vocês têm moto?

- Sim
 Não

D032a. Quantas?

_____ (moto(s))

- Não sabe

D033. Vocês têm empregada doméstica mensalista?

- Sim
 Não
 Não se aplica

D033a. Quantas?

_____ (empregada(s))

- Não sabe

Confidential Page 9 of 31

D034. Vocês têm faxineira/diaria?

Sim
 Não
 Não se aplica

D034a. Quantos dias por semana? ___ dias/semana _____

D035. Vocês têm máquina de lavar roupa que não seja do tipo tanquinho?

Sim
 Não
 Não se aplica

D035a. Quantas? _____
(lava-roupa(s))
 Não sabe

D036. Vocês têm DVD?

Sim
 Não

D036a. Quantos? _____
(DVD)
 Não sabe

D037. Vocês têm aparelho de ar condicionado ou split?

Sim
 Não

D037a. Quantos? _____
(aparelhos)
 Não sabe

D038. Vocês têm computador de mesa ou notebook?

Sim
 Não

D038a. Quantos? _____
(computadores)
 Não sabe


D038b. Este(s) computador(es) tem acesso a internet 24 horas?

Sim
 Não

D039. Vocês têm micro-ondas?

Sim
 Não

D039a. Quantos? _____
(Micro-ondas)
 Não sabe

11/10/2016 15:25 www.projectredcap.org 

Confidencial Page 10 of 31

D040. Vocês têm máquina de lavar louça?

Sim
 Não

D040a. Quantas? _____
(lava louças)
 Não sabe

D041. Vocês têm secadora de roupa?

Sim
 Não

D041a. Quantas? _____
(secadoras)
 Não sabe

D042. Vocês têm geladeira?

Sim
 Não

D042a. Quantas? _____
(geladeiras)
 Não sabe

D043. Vocês têm freezer separado ou geladeira duplex?

Sim
 Não

D043a. Quantos? _____
(freezers)
 Não sabe

D044. Quantos banheiros têm na casa? _____
(banheiros(s))

D044a. Quantos banheiros com chuveiro têm na casa? _____
(banheiros(s) com chuveiro)

D045. Quantos cômodos são utilizadas para dormir? _____
(cômodos)

D046. A água utilizada na sua casa vem de onde? (ler opções)

Rede geral de distribuição, "CAEMA"
 Poço ou nascente
 Outro meio


D047. A rua em frente a sua casa é pavimentada ou asfaltada?

Sim
 Não

D048. No mês passado, você recebeu alguma renda mesmo que seja uma mesada?

Sim
 Não

D048a. Quanto recebeu no mês passado somente pelo seu trabalho? _____

11/10/2016 15:25 www.projectredcap.org 

Page 11 of 31

D048b. Quanto você recebeu decorrente de mesada, pensão ou qualquer outra fonte de renda que não seja o trabalho?

Não sabe

D050. No mês passado, quantas pessoas que moram contigo receberam alguma renda? (Lembrando que inclui salário/aposentadoria/bolsa família/bico/pensão/programas sociais para jovens/outro benefício social)

(pessoas)

D050a. Qual renda de [geral_d024a] ?

Não sei

D050b. Qual renda de [geral_d024b] ?

Não sei

D050c. Qual renda de [geral_d024c] ?

Não sei

D050d. Qual renda de [geral_d024d] ?

Não sei

D050e. Qual renda de [geral_d024e] ?

Não sei

D050f. Qual renda de [geral_d024f] ?

Não sei

D050g. Qual renda de [geral_d024g] ?


Não sei

D050h. Qual renda de [geral_d024h] ?

Não sei

D050i. Qual renda de [geral_d024i] ?

Não sei

11/10/2016 15:25 www.projectredcap.org 

CONFIDENCIAL

Page 12 of 31

D050j. Qual renda de [geral_d024j] ?

Não sei

D051. No mês passado a família teve outra fonte de renda? (Além dessas que você já falou). Lembrando que precisa somar cada quantia e colocar o valor total.

Sim
 Não
 Não sabe

D051a. Quanto?

Não sabe

D052. No mês passado alguém que mora contigo recebeu algum benefício social como, por exemplo, seguro desemprego, aposentadoria, bolsa família, pensão?

Sim
 Não
 Não sabe

D052a. Seguro-desemprego?

Sim
 Não
 Não sabe

D052b. Aposentadoria (idade, tempo de contribuição, deficiência ou invalidez)?

Sim
 Não
 Não sabe

D052c. LOAS (idoso ou deficiente)?

Sim
 Não
 Não sabe

D052d. Bolsa família?

Sim
 Não
 Não sabe


D052m. Pensão por morte ou doença específica?

Sim
 Não
 Não sabe

D052p. Outro?

Sim
 Não
 Não sabe

D052pa. Qual?

11/10/2016 15:25 www.projectredcap.org 

ANEXO C – QUESTIONÁRIO GERAL 2

Confidential

Coorte RPS
Page 1 of 20

Questionario Geral 2

Chave do participante _____

Entrevistador:

- Amy Iuiry Lopes Cruz
- Ana Caroline Abreu Araujo
- Aline Oliveira Diniz
- Lidia Maria Castro Rolim
- Lilliane dos Santos Rodrigues
- Camila Dominici
- Camila Rolim
- Edivaldo Pinheiro
- Thanielle Pereira
- Ana Caroline Mendes Ramos
- Letícia Michelly Mugnaini
- Rafael Ferreira Nunes
- Emanuel Catarino Serra
- Bianca Victoria de Fátima
- Lucélia de Jesus Pinheiro
- Jacileia Silva dos Santos
- Monica Araujo Batalha
- Rafael Oliveira da Costa Pinto
- Alenice Balata
- Eulina Trindade Costa
- Livia Lima Costa
- Elisa Miranda Costa
- Ana Carolina Ribeiro
- Pollyana Oliveira Marinho
- Livia dos Santos Rodrigues
- Elizama Conceição Rocha
- Carlos Cássio Carneiro Silva

Início: _____

Você é [nome_crianca]? Sim
 Não

Início questionário geral 2

BLOCO G - ATIVIDADE FÍSICA

As perguntas L142 e L143 não devem ser feitas ao entrevistado/a. Apenas observe e anote.

L142. O/a jovem tem alguma limitação/deficiência física?(observe e anote): Não
 Sim


L143. Qual a limitação/deficiência física do jovem? (observe e responda):

- cadeirante tetraplégico
- cadeirante paraplégico ou amputação dos dois membros inferiores
- amputação/atrofia de pelo menos um membro superior
- amputação de um membro inferior
- deficiência visual

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS. PARA RESPONDER ESSAS PERGUNTAS VOCÊ DEVE SABER QUE:

ATIVIDADES FÍSICAS FORTES OU VIGOROSAS SÃO AS QUE PRECISAM DE UM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR MUITO MAIS FORTE QUE O NORMAL

ATIVIDADES FÍSICAS MODERADAS SÃO AQUELAS QUE EXIGEM ALGUM ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR UM POUCO MAIS FORTE QUE O NORMAL

11/10/2016 15:19 www.projectredcap.org 

Confidencial

Page 2 of 20

EM TODAS AS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA, RESPONDA SOMENTE SOBRE AQUELAS QUE DURARAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS

SL011. Em quantos dias da semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? (0 = Nenhum)

_____ (Dias por semana)

SL011a. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

D191. Em quantos dias da última semana você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUIA CAMINHADA) (0 = Nenhum)

_____ (Dias por semana)

D191a. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

D190. Em quantos dias da última semana você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração. (0 = Nenhum)

_____ (Dias por semana)

D190a. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

ESTAS ÚLTIMAS QUESTÕES SÃO SOBRE O TEMPO QUE VOCÊ PERMANECE SENTADO TODO DIA, NO TRABALHO, NA ESCOLA OU FACULDADE, EM CASA E DURANTE SEU TEMPO LIVRE. ISTO INCLUI O TEMPO SENTADO ESTUDANDO, SENTADO ENQUANTO DESCANSA, FAZENDO LIÇÃO DE CASA, VISITANDO UM AMIGO, LENDO, SENTADO OU DEITADO ASSISTINDO TV. NÃO INCLUIA O TEMPO GASTO SENTADO DURANTE O TRANSPORTE EM ÔNIBUS OU CARRO.

SL012. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

SL012a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de final de semana?

AGORA VAMOS FAZER OUTRAS PERGUNTAS SOBRE AS MODALIDADES DE ATIVIDADE FÍSICA...

QUANTOS DIAS POR SEMANA E QUANTO TEMPO POR DIA, EM MÉDIA, VOCÊ PRATICOU NA SEMANA PASSADA CADA UMA DAS ATIVIDADES ABAIXO? CASO TENHA PRATICADO ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA QUE NÃO ESTEJA LISTADA ABAIXO, ESCREVA O(S) NOME(S) DA(S) ATIVIDADE(S) NO ESPAÇO RESERVADO NO FINAL DA LISTA (LINHAS EM BRANCO).

D194. Musculação

- Sim
 Não
 Não sei

D194. Dias da semana

11/10/2016 15:19

www.projectredcap.org



Confidencial

Page 3 of 20

Não sei

D194. Horas e minutos

Não sei

D195. Treinamento funcional (puxar, empurrar, arremessar, saltar e correr, elásticos, bolas e pesos etc)

Sim
 Não
 Não sei

D195 Dias da semana

Não sei

D195 Horas e minutos

Não sei

D196. Ginástica na academia, como aeróbica, jump, localizada, zumba,step etc)

Sim
 Não
 Não sei

D196 Dias da semana

Não sei

D196 Horas e minutos

Não sei

D197. Ginástica sobre bicicletas como RPM, bike indoor ou spinning etc

Sim
 Não
 Não sei

D197 Dias da semana

Não sei

Não sei

D197 Horas e minutos

D198. Jazz, balé, dança moderna, hip hop e outros tipos dança

Sim
 Não
 Não sei

D198 Dias da semana

Não sei

11/10/2016 15:19

www.projectredcap.org



CONFIDENCIAL Page 4 of 20

D198 Horas e minutos

Não sei

D199. Aulas de yôga ou pilates
 Sim
 Não
 Não sei

Não sei

D199 Dias da semana

D199 Horas e minutos

Não sei

D200. Caminhada na esteira
 Sim
 Não
 Não sei

D200 Dias da semana

Não sei

D200 Horas e minutos

Não sei

D201. Corrida na esteira
 Sim
 Não
 Não sei

D201 Dias da semana

Não sei

D201 Horas e minutos


Não sei

D202. Corrida ao ar livre
 Sim
 Não
 Não sei

D202 Dias da semana

Não sei

D202 Horas e minutos

11/10/2016 15:19 www.projectredcap.org 

D203. Andar de bicicleta	<input type="checkbox"/> Não sei <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
<hr/>	
D203 Dias da semana	<input type="checkbox"/> Não sei
D203 Horas e minutos	<hr/>
D204. Lutas de judô, karatê, capoeira, boxe, MMA, jiu-jitsu e outras?	<input type="checkbox"/> Não sei <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
D204 Dias da semana	<hr/>
D204 Horas e minutos	<input type="checkbox"/> Não sei
<hr/>	
D205. Futebol, futsal, futebol de praia	<input type="checkbox"/> Não sei <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
D205 Dias da semana	<hr/>
D205 Horas e minutos	<input type="checkbox"/> Não sei
<hr/>	
D206. Handebol	<input type="checkbox"/> Não sei <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
D206 Dias da semana	<hr/>
D206 Horas e minutos	<input type="checkbox"/> Não sei
<hr/>	
	<input type="checkbox"/> Não sei

Confidencial Page 6 of 20

D207. Vôlei, vôlei de praia

Sim
 Não
 Não sei

D207 Dias da semana

Não sei

D207 Horas e minutos

Não sei

D208. Basquete

Sim
 Não
 Não sei

D208 Dias da semana

Não sei

D208 Horas e minutos

Não sei

D209. Natação

Sim
 Não
 Não sei

D209 Dias da semana

Não sei

D209 Horas e minutos

Não sei

D210. Tênis

Sim
 Não
 Não sei

D210 Dias da semana


Não sei

D210 Horas e minutos

Não sei

D211. Jogar frescobol

Sim
 Não
 Não sei

11/10/2016 15:19 www.projectredcap.org 

Confidencial Page 7 of 20

D211 Dias da semana

Não sei

D211 Horas e minutos

Não sei

D212. Outras Atividades não perguntadas?
 Sim
 Não
 Não sei

D212a. Quantas?

D213-1. Qual atividade?

D214-1. Dias na semana

Não sei

D215-1. Horas e minutos

D213-2. Qual atividade?

Não sei

D214-2. Dias na semana

Não sei

D215-2. Horas e minutos

D213-3. Qual atividade?


Não sei

D214-3. Dias na semana

Não sei

D215-3. Horas e minutos

Não sei

11/10/2016 15:19 www.projectredcap.org 

Confidential

Page 8 of 20

CORPO

Figura 5

Figura 5

D216. Qual destas figuras você identifica mais com o seu corpo? (Mostrar Figura 5)

Não sabe

D217. Qual destas figuras se parece com o que você gostaria que fosse o seu corpo? (Mostrar figura 5)

Não sabe

D218. Qual destas figuras você identifica como o corpo mais saudável? (Mostrar figura 5)

Não sabe

BLOCO H - LAZER, TEMPO DE TELA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O TEMPO QUE VOCÊ FAZ ALGUMAS COISAS CONSIDERANDO DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA

D219a. Desde , você foi em algum culto, missa ou igreja?

- Sim
 Não

D220. Desde , você se encontrou com amigos para conversar, jogar ou fazer outras atividades de lazer?

- Sim
 Não

L144. Pensando na maneira como você conversa com seus amigos quando eles não estão por perto. Qual o principal meio de comunicação que você usa... (ler opções)

- Chamada de telefone fixo
 Chamada de telefone celular
 SMS/torpedo
 Whatsapp
 Facebook
 E-mail
 Não se aplica

L145. Pensando na maneira como você conversa com seus familiares quando eles não estão por perto. Qual o principal meio de comunicação que você usa... (ler opções)

- Chamada de telefone fixo
 Chamada de telefone celular
 SMS/torpedo
 Whatsapp
 Facebook
 E-mail
 Não se aplica

Confidential

Page 9 of 20

L147. Dos aplicativos para celular ou tablet que vou ler, quais são aqueles que você usa mais... (Ler opções/Múltipla escolha)?

- WhatsApp
- Facebook
- Instagram
- Twitter
- Viber
- YouTube
- Snapchat
- Gmail/e-mail
- Tinder
- Outro
- Não usa aplicativos

L147a. Qual? _____

L148. Você usa redes sociais como Facebook, Twitter ou Instagram?

- Sim
- Não

L149. Quais são as redes sociais que você usa... (ler opções)/Múltipla escolha

- Facebook
- Twitter
- Instagram
- Google Plus
- LinkedIn
- Badoo
- Tinder
- WhatsApp
- Snapchat
- Outra

L149a. Qual? _____

L150-1. Quantos dias por semana você acessa o Facebook? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] _____

L150-2. Quantos dias por semana você acessa o Twitter? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] _____

L150-3. Quantos dias por semana você acessa o Instagram? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] _____

L150-4. Quantos dias por semana você acessa o Google Plus? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] _____

L150-5. Quantos dias por semana você acessa o LinkedIn? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] _____

L150-6. Quantos dias por semana você acessa o Badoo? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] _____

L150-7. Quantos dias por semana você acessa o Tinder? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] _____

L150-8. Quantos dias por semana você acessa o WhatsApp? [LIMITADO DE 0 A 7] [SE MENOS DE 1 DIA = 0; Não sabe = 9] _____

11/10/2016 15:19

www.projectredcap.org



BLOCO J - FUMO

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE CIGARROS (FUMO)

D229. Você já teve o costume de fumar cigarro pelo menos uma vez por semana?

- Sim
 Não

D229a. Com que idade você começou a fumar cigarro? _____

- Não sabe

D230. Você ainda fuma cigarro?

- Sim
 Não

D230a. Quantos dias você fumou cigarro na última semana?

- Nenhum
 Um
 Dois
 Três
 Quatro
 Cinco
 Seis
 Sete
 Não sabe

D231. Você usou algum remédio, adesivo, chiclete de nicotina ou alguma outra coisa para ajudar a parar de fumar?

- Sim
 Não

SL015. Quantos cigarros fuma por dia? _____

D232. Com que idade você parou de fumar? _____

- Não sabe

D232a. Em média, quantos cigarros você fumava por dia?

Cigarros/dia: _____

- Não sabe
 Não se aplica

Cigarros/semana: _____

- Não sabe
 Não se aplica

L062. Desde do ano passado, você se sentiu discriminado/a em algum local ou por alguma pessoa por...

L062a. Sua cor ou raça?

- Sim
 Não
 Não sabe

ANEXO D – QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL

Confidential

Coorte RPS
Page 1 of 9

Confidencial

Chave do participante _____

INÍCIO ENTREVISTA: _____

Você é [nome_criança]? Sim
 Não

Entrevistador:

- Amy Iulry Lopes Cruz
- Ana Caroline Abreu Araujo
- Aline Oliveira Diniz
- Lidia Maria Castro Rolim
- Liliane dos Santos Rodrigues
- Camila Dominici
- Camila Rolim
- Edivaldo Pinheiro
- Thanielle Pereira
- Ana Caroline Mendes Ramos
- Letícia Michelly Mugnaini
- Rafael Ferreira Nunes
- Emanuel Catarino Serra
- Bianca Victoria de Fátima
- Lucélia de Jesus Pinheiro
- Jaciela Silva dos Santos
- Monica Araujo Batalha
- Rafael Oliveira da Costa Pinto
- Alenice Balata
- Eulina Trindade Costa
- Lívia Lima Costa
- Elica Miranda Costa
- Ana Carolina Ribeiro
- Pollyana Oliveira Marinho
- Lívia dos Santos Rodrigues
- Elizama Conceição Rocha
- Carlos Cássio Carneiro Silva

Este questionário é secreto. Seu nome não aparecerá nele.
Se você tiver alguma dúvida, chame a entrevistadora. Ela irá lhe ajudar sem olhar as suas respostas.
Leia as perguntas com atenção e marque a resposta que você achar melhor.
Não há resposta certa ou errada, queremos a sua opinião.

As primeiras perguntas são sobre BEBIDAS DE ALCOOL


DM001. Nos últimos 12 meses você tomou bebida de álcool? Sim
 Não

DM002. Com que idade você tomou bebida de álcool pela primeira vez? _____

DM005. Seus amigos ou alguém da sua turma usa alguma dessas coisas?

Maconha Sim
 Não
 Não sabe

Comprimidos para 'dormir ou ficar calmo' Sim
 Não
 Não sabe

11/02/2016 15:18 www.projectredcap.org 

Confidential

Page 8 of 9

SL056. Disse a você que você estava errado(a) quando você disse ou fez alguma coisa?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Quase sempre
 Sempre

SL057. Ignorou você quando você procurava carinho?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Quase sempre
 Sempre

SL058. Forçou você a assumir responsabilidade pela maioria das tarefas domésticas?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Quase sempre
 Sempre

SL059. Humilhou você fazendo piadas sobre seu corpo?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Quase sempre
 Sempre

Agora queremos saber se nas duas últimas semanas você se sentiu vítima de alguma ou algumas das agressões que a seguir se referem, por parte de colegas, ou por outras pessoas, na escola ou nas suas imediações? (Assinala com uma cruz nos quadrados que correspondem às situações de que você foi vítima).

SL060. Empurraram com violência

- Sim
 Não

SL061. Ameaçaram

- Sim
 Não

SL062. Gozaram/humilharam

- Sim
 Não

SL063. Bateram

- Sim
 Não

SL064. Chamaram nomes ofensivos

- Sim
 Não

SL065. Levantaram calúnias/rumores a seu respeito (disseram coisas más de você ou da sua família)

- Sim
 Não

SL066. Excluíram do grupo (não quiseram conviver com você)

- Sim
 Não

SL067. Tiraram coisas (objetos pessoais, dinheiro, . . .)

- Sim
 Não

SL068. Magoaram de propósito (beliscaram com força; machucaram com objetos, . . .)

- Sim
 Não

SL069. Estragaram objetos pessoais ou vestuário, de propósito

- Sim
 Não

SL070. Apalpam você contra a sua vontade

- Sim
 Não

SL071. Fizeram intrigas a seu respeito

- Sim
 Não

SL072. Sofreu outras agressões ou perseguições

- Sim
 Não

Quais?

11/09/2016 15:18

www.projectredcap.org



**ANEXO E - M.I.N.I (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC
INTERVIEW - BRAZILIAN VERSION 5.0.0 - DSM IV)**

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

<i>Nome do(a) entrevistado(a):</i>	<i>Número do protocolo:</i>
<i>Data de nascimento:</i>	<i>Hora de início da entrevista:</i>
<i>Nome do(a) entrevistador(a):</i>	<i>Hora de fim da entrevista:</i>
<i>Data da entrevista:</i> _____	<i>Duração total da entrevista:</i> _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Anual (2 semanas) Recorrente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único 296.30-296.36 Recorrente	F32.a F33.a
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Anual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único 296.30-296.36 Recorrente	F32.a F33.a
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Anual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Anual (Último mês) Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
D EPISÓDIO MANÍACO F10.0	Anual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.a-
EPISÓDIO HIPOMANÍACO F10.010	Anual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.08	F31.0-
	Passado	<input type="checkbox"/>		
E TRANSTORNO DE PÂNICO F41.0	Anual (Último mês) Vida inteira	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	300.01-300.21	F40.01-
F AGORAFOBIA	Anual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Anual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Anual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.0
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Anual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.01	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL ABUSO DE ALCÓOL	(Últimos 12 meses) (Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	303.9 303.00	F10.2a F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses) (Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	304.00-99/303.20-99 304.00-99/303.20-99	F11.0-F19.1 F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Anual Vida inteira	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS F12.0-F19.01.2	Anual	<input type="checkbox"/>	296.24-296.04	
F12.0-F19.09.01.2	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24-296.04	
M ANOREXIA NERVOSA	Anual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Anual (Últimos 3 meses) Anual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	307.01 307.1	F50.2 F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Anual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F40.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

◆ SIGNIFICA : DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		→ NÃO	SIM	

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentiu deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg)
COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ? | NÃO | SIM | 9 |

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

NÃO SIM *

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO MAIOR
ATUAL**

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

- | | | | | |
|-----|---|----------|-----|----|
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]? | →
NÃO | SIM | 10 |
| b | Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ? | NÃO | SIM | 11 |

A5b É COTADA SIM ?

NÃO SIM

**EPISÓDIO DEPRESSIVO
MAIOR RECORRENTE**

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A5a, A5b) NA PÁGINA 3

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

➔ SIGNIFICA (B) BREVEMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO : Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
	Ata OU A6b SÃO COTADAS SIM ?	➔ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE/DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL	

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

➔ SIGNIFICA 1 (OU BREVEMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S)), ASSIMILAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	➔ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	➔ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	➔ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	➔ NÃO	SIM	28

B4 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL	

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

◆ SIGNÍFICA : SE BREVEMENTE AGO(1) QUALQUER(DIAGNÓSTICO(S)), ABSENALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR SEU MÓDULO RELEVANTE

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCOOL.)	NÃO	SIM	1
	SE (O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR DA SIGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE D1a = SIM: b. Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCOOL.)	NÃO	SIM	3
	SE D2a = SIM: b. Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?	→		
		NÃO	SIM	

D3 SE **D1b** OU **D2b** = "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE **D1b** E **D2b** = "NÃO": EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE.

Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :

a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costuma (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gostar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)?	NÃO	SIM	11
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?	→		
		NÃO	SIM	

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais **OU** você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas? NÃO SIM 12

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

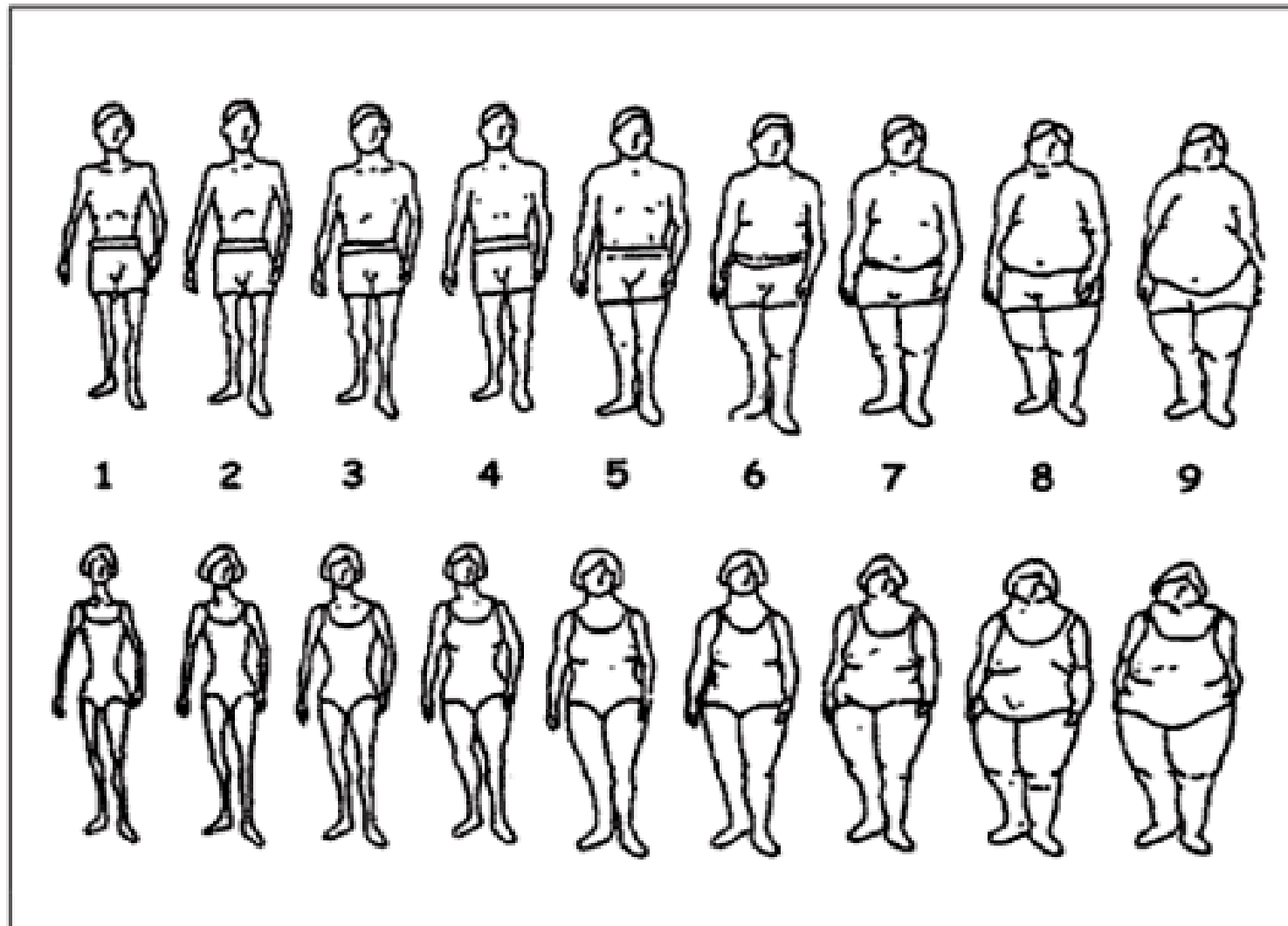
ANEXO F – ESCALA DE SILHUETAS DE STUNKARD *et al.* (1983)

Figura 1. Escala de avaliação das figuras corporais (Stunkard *et al.*⁽⁴⁾)

ANEXO G - ALCOHOL USE DISORDER IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

Questionário AUDIT

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semanas
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente


9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

ANEXO H – FORMULÁRIO BODPOD

<i>Confidential</i>		<i>Coorte RPS Page 1 of 2</i>
Bod Pod		
Chave do participante	_____	
Entrevistador	<input type="radio"/> Amy Iuiry Lopes Cruz <input type="radio"/> Ana Caroline Abreu Araujo <input type="radio"/> Aline Oliveira Diniz <input type="radio"/> Lidia Maria Castro Rolim <input type="radio"/> Liliane dos Santos Rodrigues <input type="radio"/> Camila Dominici <input type="radio"/> Camila Rolim <input type="radio"/> Edivaldo Pinheiro <input type="radio"/> Thanielle Pereira <input type="radio"/> Ana Caroline Mendes Ramos <input type="radio"/> Letícia Michelly Mugnaini <input type="radio"/> Rafael Ferreira Nunes <input type="radio"/> Emanuel Catarino Serra <input type="radio"/> Bianca Victoria de Fátima <input type="radio"/> Lucélia de Jesus Pinheiro <input type="radio"/> Jacileia Silva dos Santos <input type="radio"/> Monica Araujo Batalha <input type="radio"/> Rafael Oliveira da Costa Pinto <input type="radio"/> Alenice Balata <input type="radio"/> Eulina Trindade Costa <input type="radio"/> Lívia Lima Costa <input type="radio"/> Elisa Miranda Costa <input type="radio"/> Ana Carolina Ribeiro <input type="radio"/> Pollyana Oliveira Marinho <input type="radio"/> Lívia dos Santos Rodrigues <input type="radio"/> Elizama Conceição Rocha <input type="radio"/> Carlos Cássio Carneiro Silva	
Você é [nome_criança]?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Horário de início	_____	
Apenas observe: O participante possui alguma limitação física (deficientes físicos, cadeirantes, etc) ou outra condição que impeça a realização do exame?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Vou te fazer algumas perguntas antes de fazermos este teste:		
O participante está utilizando bandagem de gesso?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Você está grávida?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Altura	_____ ((cm))	
Peso	_____ ((kg))	
IMC:	_____	
Percentual de gordura:	_____ (%)	
Medida fora do limite aceitável. Faça um novo escaneamento!		
NÃO REALIZAR EXAME!		
11/10/2016 15:20	www.projectredcap.org	

Confidential

Page 2 of 2

Status do Bod Pod

- Realizado
- Não realizado

Observações do entrevistador:

Horário de término

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: “Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva

TELEFONES PARA CONTATO: (98) 32729681/32729675.

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: MINISTÉRIO DA SAÚDE –
DEPARTAMENTO DE CIENCIA E TECNOLOGIA (DECIT)

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos dando continuidade a uma pesquisa iniciada nos anos de 1997/98, com crianças nascidas de março de 1997 a fevereiro de 1998, para avaliar sua saúde e analisar dados que possam auxiliar no entendimento das questões de saúde da população atual. Convidamos você, que já foi avaliado por nós na ocasião do nascimento, a participar novamente desta pesquisa.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você está participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
- Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.
- Esta pesquisa está sendo conduzida com indivíduos que nasceram nos anos de 1997/98, que foram avaliados aos 07/09 anos. Este é o terceiro momento deste grande estudo. Portanto, gostaríamos que você participasse novamente como voluntário(a), nos ajudando neste estudo.
- Ressaltamos que, da mesma forma que foi muito importante a sua participação nos outros momentos da pesquisa, sua participação agora é muito importante para que as informações obtidas possam contribuir para o conhecimento mais completo da sua saúde.

- Afirmamos ainda que a pesquisa só será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Comitês de Ética são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.
- Este termo de consentimento livre e esclarecido será rubricado em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, por você, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou membro da equipe.
- Este termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável e outra com você.

O QUE DEVO FAZER PARA PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Se você concordar em participar desta pesquisa, você responderá a algumas perguntas sobre situação sociodemográfica, será avaliado seu crescimento físico e o seu desenvolvimento. Serão realizados exames clínicos (medidas antropométricas, de composição corporal), laboratoriais (coleta de sangue) e exame dos dentes para nos fornecer informações mais completas sobre sua saúde.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas. Os questionários podem conter algumas perguntas que lhe causem incômodo ao responder. Reiteramos que o estudo não apresenta nenhum risco físico, entretanto o participante poderá sentir algum desconforto ou constrangimento pelo tempo gasto no preenchimento do questionário. Nesta ocorrência será dada a oportunidade de interromper sua participação, se assim desejar, e retorná-la em outro período ou interrompe-la definitivamente sem nenhum tipo de ônus.

Comunicamos que serão colhidos 15 mL de sangue no braço através da utilização de materiais novos, estéreis e descartáveis, por pessoal habilitado e especializado. As amostras para análise molecular serão retiradas das mesmas amostras coletadas, sem a necessidade de coletas adicionais. A coleta do material poderá deixar uma pequena mancha roxa, mas que desaparecerá rapidamente. Será tomado todo o cuidado técnico para que isso não aconteça como leve compressão no local, colocação de adesivo estéril no local da punção, braço levantado por alguns minutos após a coleta, além dos cuidados para evitar infecção.

HÁ BENEFÍCIOS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Há benefícios em participar deste estudo. A avaliação de sua saúde é sempre muito importante, sendo uma oportunidade de orientação em caso de dúvidas e questionamentos sobre sua saúde. Se houver

alguma alteração detectada você será encaminhado(a) para tratamento. A sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde dos jovens que poderão ser prevenidos no futuro. O sigilo de todas as informações será garantido, nenhum dado que permita sua identificação será fornecido. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento, mas sem identificar sua participação no estudo. Além disso, ainda poderá ainda contribuir com novas estratégias para o melhoramento do processo de saúde de muitas pessoas.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você permanecerão confidenciais. Você será identificado por um código, e suas informações pessoais contidas nos registros não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifique. As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, a equipe de pesquisadores e os monitores da pesquisa.

Você terá total acesso aos seus resultados de exames e avaliações, sendo disponibilizados após a realização dessas avaliações, e sempre que houver seu interesse em conhecer.

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo ou a uma lesão relacionada à pesquisa, entre em contato com os Profs. Drs: Antonio Augusto Moura da Silva ou Vanda Maria Ferreira Simoes ou Rosângela Fernandes Lucena Batista (98) 3272-9681, das 8:00 às 18 horas .

Para obter informações sobre seus direitos como objeto de pesquisa, entre em contato com: Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone (98) 2109- 1250.

Endereço do CEP-HUUFMA: Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário. Telefone (98) 2109 1250, endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP- 65.020-070.

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma cópia ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. A participação é voluntária e você pode deixar a pesquisa em qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa ou ser penalizado.

Agradecemos muito a sua colaboração.

ASSINATURAS:

Nome do voluntário:

Assinatura do voluntário:

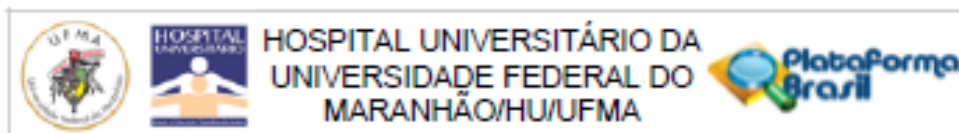
Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador:

Assinatura do Pesquisador:

Data: ____/____/____

ANEXO J - PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 1.302.489 DE 29 DE OUTUBRO DE 2015



Continuação do Parecer: 1.302.489

autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo atende os requisitos da Resolução CNS nº.466/2012 e a Norma Operacional nº. 001 de 2013.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP–HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa proposto.

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 - Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas ou notificações, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Cabe ao pesquisador: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; encaminhar os resultados para publicação sejam eles favoráveis ou não; justificar perante ao CEP a interrupção do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_582713.pdf	22/10/2015 10:40:22		Aceito
Outros	carta_resposta_CEP.pdf	22/10/2015 10:39:21	ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_corrigida.pdf	22/10/2015 10:36:35	ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_corrigido.pdf	22/10/2015 10:29:45	ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_DetalhadoRPS.docx	10/09/2015 09:45:39	ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Declaração de Manuseio Material	DECLARACAO_BIOREPOSITARIO.docx	08/09/2015 07:53:44	ANTÔNIO AUGUSTO MOURA	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapery nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br

ANEXO K – TERMO DE ACEITAÇÃO DE APOIO FINANCEIRO

300813

efomento.cnpq.br/efomento/contrato/confirmarDadosBancarios.do



596308001886215

TERMO DE ACEITAÇÃO DE APOIO FINANCEIRO A PROPOSTA DE NATUREZA CIENTÍFICA, TECNOLÓGICA E/OU DE INOVAÇÃO

Processo: 400943/2013-1

Título do Projeto: Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental

Instituição de Vínculo: Universidade Federal de Pelotas/UFPEL-RS

CNPJ: 92242080000100

Instituição de Execução: Universidade Federal de Pelotas

CNPJ: 92242080000100

Chamada: Encargos COBIO 2013 (APQ)

Eu, Aluísio Jardim Domellas de Barros, 025.105.268-04, declaro conhecer, concordar e atender integralmente às exigências Nº CPF (ou PASSAPORTE, se estrangeiro) da Chamada acima especificada e às Condições Gerais para Apoio Financeiro que regem a concessão dos recursos especificados abaixo:

AUXÍLIO FINANCEIRO

Custo: R\$ 4.355.000,00

Capital: R\$ 1.902.000,00

Valor Global: R\$ 6.258.000,00

BOLSA DE LONGA DURAÇÃO

Modalidade: Desenvolvimento Tecnológico Industrial - DTI

Nível: C

Duração: 12 Meses

Quantidade: 100

Modalidade: Desenvolvimento Tecnológico Industrial - DTI

Nível: A

Duração: 12 Meses

Quantidade: 21

Modalidade: Desenvolvimento Tecnológico Industrial - DTI

Nível: B

Duração: 12 Meses

Quantidade: 39

Tenho ciência:

a) de que o prazo para utilização dos recursos financeiros começa a vigorar a partir da data da assinatura deste Termo de Aceitação, pelo período constante na Chamada correspondente; e

b) das disposições legais e procedimentos para a adequada utilização de recursos financeiros e a correta prestação de contas (Manual de Utilização de Recursos Financeiros e Prestação de Contas).

1. DA CONCESSÃO:

1.1. Ao aceitar o apoio financeiro, o BENEFICIÁRIO declara formalmente:

a) dedicar-se às atividades pertinentes à proposta aprovada;

b) observar o disposto nas Leis nº 8.666/93 e nº 10.973/04, nos Decretos nº 93.872/86 e nº 5.563/05 e na Lei nº 8.112/90, no que couber, bem como os demais instrumentos legais pertinentes;

c) conhecer o Protocolo de Cooperação Técnica firmado entre a instituição de execução do projeto/plano de trabalho e o CNPq, publicado no Diário Oficial da União;

d) conhecer e cumprir as exigências da Chamada à qual a proposta está relacionada, como também as normas do CNPq, ora em validade, relativas à modalidade de apoio financeiro aprovado, ciente que a eventual mudança dessas

ANEXO L - NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS PARA A REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

Instruções aos Autores

1. Informações gerais

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão ([Estrutura do Texto](#)). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- [CONSORT](#) – checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- [STARD](#) – checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- [MOOSE](#) – checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
- [PRISMA](#) – checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
- [STROBE](#) – checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- [RATS](#) – checklist para estudos qualitativos

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos.

2. Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das [recomendações](#) citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

Formatação:

- Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: até 30 no total.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicações breves

São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação: Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1.500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: uma tabela ou figura.
- Número de referências: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise – Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consulte:

[MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais

[PRISMA](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e meta-análises

Revisão narrativa/crítica – A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Formatação:

- Devem conter até 4.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: sem limites.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e “oxigenar” controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Formatação:

- Devem conter até 2.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de referências: até 30 no total.
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

3. Dados de identificação do manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

4. Conflito de interesses

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

5. Declarações e documentos

Em conformidade com as diretrizes do *International Committee of Medical Journal Editors*, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento/declaração	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de Apresentação	Todos os autores	Na submissão
b. Declaração de responsabilidade	Todos os autores	Na submissão
c. Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
d. Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprovação

a) Carta de apresentação

A carta deve ser assinada por todos os autores e deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.
- Responder: Qual a novidade do seu estudo? Por que deve ser publicado nesta revista?

b) Declaração de responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados no final do texto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam a autoria. Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

c) Agradecimentos

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

d) Transferência de direitos autorais

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

Cidade, _[dia]_ de Mês de Ano.

Prezado Sr. Editor, Revista de Saúde Pública

Submetemos à sua apreciação o trabalho “_____ [título] _____”, o qual se encaixa nas áreas de interesse da RSP. A revista foi escolhida [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do manuscrito]. O autor 1 participou da concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho; e, o autor 2 participou na interpretação e redação do trabalho. Ambos os autores aprovaram a versão final encaminhada. O trabalho está sendo submetido exclusivamente à RSP. Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho. (Se houver conflito, especificar).

_____ nome completo do autor 1 + assinatura

_____ nome completo do autor 2 + assinatura

b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos: “Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo.” “Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.” “Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores.”

Contribuição: _____

Local, data Assinatura

c) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo): • Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas não preencheram os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito. • Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

_____/_____/_____

DATA NOME COMPLETO E ASSINATURA

d) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Concordo que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública, serão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, sendo possível sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, desde que citada a fonte, conferindo os devidos créditos à Revista de Saúde Pública.

Autores: _____

Local, data NOME COMPLETO + Assinatura

6. Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês: O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido: Deve conter até 45 caracteres.

Descritores: Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário [“Descritores em Ciências da Saúde” \(DeCS\)](#), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou *keywords*) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas: Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos etc.

Resumo: São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das [categorias de artigos](#). Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução: Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos: Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados: Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão: A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o **estilo Vancouver – [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical](#)**

Publication, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documento citado, de acordo com os exemplos a seguir.

Exemplos:
Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas ([Citing Medicine](#)) da National Library of Medicine.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de ‘et al.’ em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as

tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

7. Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número (s) do (s) processo (s).
9. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas por ordem de citação, verificando se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

8. Processo editorial

a) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica, gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.

b) Provas

Após sua aprovação pelos editores, o manuscrito será revisado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo.

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações/alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. Em seguida, o texto final passará por uma revisão gramatical. Após essa revisão o autor receberá nova prova, no formato final para publicação. Nessa última revisão podem ser feitas apenas correções de erros, pois não serão admitidos mais ajustes de forma. O prazo para a revisão da prova final é de um dia.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente uma semana após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nesta revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e principalmente, equivalência de conteúdo com a versão “original aprovada”. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A Revista adota o sistema de publicação continuada (*rolling pass*). Desta forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de outros artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

9. Taxa de publicação

Embora as revistas recebam subvenções de instituições públicas, estas não são suficientes para sua manutenção. Assim, a cobrança de taxa de publicação passou a ser alternativa para garantir os recursos necessários para produção da RSP.

A USP garante os recursos básicos, mas não são suficientes. Assim, temos que contar com recursos complementares, além das agências de fomento.

A RSP em 2016 completa 50 anos de publicação e somente em 2012 iniciou a cobrança de taxa de artigos, fato este imperioso para garantir sua continuidade, sobretudo permitindo-lhe evoluir com tecnologias mais avançadas, mas que exigem também maior qualidade e recursos tecnológicos.

O valor cobrado é avaliado regularmente. Assim, para os artigos submetidos a partir de **janeiro de 2017**, o valor da taxa será de R\$ 2.200,00 para Artigo Original, Revisão e Comentário, e de R\$ 1.500,00 para Comunicação Breve. O pagamento deverá ser efetuado após a aprovação do artigo.

A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa, perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.